

Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Nome:	IRMANDADE MIS HOSP S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 0002249-8

Representação numérica do código de barras:	34191.57007 04037.360254 30809.490003 6 85600000126000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	
Nome/Razão Social:	PRO H DIST MEDIC EIRELI - ME
CPF/CNPJ:	PRO H DIST MEDIC EIRELI - ME 19.805.789/0001-86
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM MIS HOSP STA CS MONTE ALTO
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	15/03/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	24/02/2021
Valor Nominal do Boletto:	1.260,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.260,00
Valor Pago (R\$):	1.260,00
Identificação do Pagamento:	NF3347

Data/hora da operação:	24/02/2021 09:29:54
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055088293
Chave de segurança:	6J7VGCN6NTA89QAJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Emissão de Boletto



Banco Itaú S.A. | 341-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 15/03/2021
Admdebh.cm PRO H DIST MEDIC EIRELI - ME CNPJ 19.805.789/0001-86					Agência/Código Admdebh.cm 0253/08094-9
Endereço Admdebh.cm / Beneficiário Final AV PROF MANOEL JOSE PEDROSO 365					
Data do documento 04/02/2021	No. Do documento 3347	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 04/02/2021	Nosso Número 157/00040373-6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade 0	Valor	(=) Valor do Documento 1.260,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 2,26 AO DIA APOS 15/03/2021 MULTA DE R\$ 63,25 PROTESTAR APOS 07 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRM MIS HOSP STA CS MONTE ALTO CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40					
Endereço: R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST 180 15910000					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191570070403736025430809490003685600000126000

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 15/03/2021
Cedente PRO H DIST MEDIC EIRELI - ME CNPJ 19.805.789/0001-86					Agência/Código Cedente 0253/08094-9
Data do documento 04/02/2021	No. Do documento 3347	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 04/02/2021	Nosso Número 157/00040373-6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade 0	Valor	(=) Valor do Documento 1.260,00
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 2,26 AO DIA APOS 15/03/2021 MULTA DE R\$ 63,25 PROTESTAR APOS 07 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado: IRM MIS HOSP STA CS MONTE ALTO CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40					
Endereço: R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST 180 15910000					
Beneficiário Final:					

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica





**PRO HEALTH DISTRIBUIDORA DE
MEDICAMENTOS EIRELLI - ME.**

Avenida Professor Manoel Jose Pedrosa, 365 -
Sala 04 - Parque Bahia - Cotia, SP - CEP :
06717100 - Fone : 01146145454

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**
Nº. 3347
SÉRIE: 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3521 0219 8057 8900 0186 5500 1000 0033 4714 0036 3402

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO **5405 - VENDA MERC ADQ REC TERC SUJ REG DE SUBST TRIB COND** PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO **135210162091366 12/02/2021 15:44:59**

INSCRIÇÃO EST ADUAL **278212407110** INSCRIÇÃO EST ADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ **19.805.789/0001-86**

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL **IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MON** CPF/CNPJ **52.852.100/0001-40** DATA DA EMISSÃO **12/02/2021**

ENDEREÇO **R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST 180** BAIRRO/DISTRITO **CENTRO** CEP **15910000** DATA DA ENTRADA/SAÍDA **12/02/2021**

MUNICÍPIO **MONTE ALTO** FONE/FAX **1632443244** UF **SP** INSCRIÇÃO EST ADUAL HORA DA ENTRADA/SAÍDA **15:43:00**

FATURA/DUPLICATA
Fat nº :3347 / Valor Orig. : 1.260,00 / Valor Liq. : 1.260,00 Dup. nº: 001 ,Venc.: 15/03/2021, Valor: 1.260,00

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS **0,00** VALOR DO ICMS **0,00** BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST **0,00** VALOR DO ICMS ST **0,00** VALOR TOTAL DOS PRODUTOS **1.260,00**

VALOR DO FRETE **0,00** VALOR DO SEGURO **0,00** DESCONTO **0,00** OUTRAS DESPESAS **0,00** VALOR DO IPI **0,00** VALOR TOTAL DA NOTA **1.260,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL **G&G TELES TRANSPORTES - EIRELI** FRETE POR CONTA **0 - Remetente** CÓDIGO ANT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF **22.543.997/0001-69**

ENDEREÇO **EST DO CAPUAVA, 3480-A** MUNICÍPIO **COTIA** UF **SP** INSCRIÇÃO EST ADUAL **278245174115**

QUANTIDADE **30** ESPÉCIE **CAIXAS** MARCA PESO BRUTO **87,000** PESO LÍQUIDO **87,000**

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS													
COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR UNIT	VLR TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
63509	AGUA PARA INJET AVEIS AMPOLA PEBD 10 ML CX C200 FARMARIN L 0063/21 Val 12/01/2023	30049099	060	5405	CX	30,00	42,00	1.260,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
15 / 02 / 2023
Maione

DIGITADO
N.º 334
15 / 02 / 2023
Ppr: Maione

**RECURSO PUBLICO FEDERAL
COVID 19**
Termo de repasse 013/2020-1
Pago com recurso Federal: 1.260,00
Pago com recurso entidade _____
Conferido com o documento original

Maione
Maione

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Maione
CONTABILIDADE

CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Pedidos N 19130
Ordem de Compra 153623175
Produto AGUA PARA INJET AVEIS AMPOLA PEBD 10 ML CX C200 FARMARIN L 0063/21 Val 12/01/2023 Valor ICMS ST Retido R\$ 21.70
Val Aprox Tributos R\$169,47 (13,45%) Federal e R\$151,20 (12,00%) Estadual - Fonte IBPT
RESERVADO AO FISCO