

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

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 / 00022249-8

Representação numérica do código de barras:	34191.57007 04016.920797 25626.050006 7 85690000300000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
Nome/Razão Social:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
CPF/CNPJ:	08.789.598/0001-51
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA MIS. DE MONE 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:	24/03/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	08/03/2021
Valor Nominal do Bolet	3.000,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.000,00
Valor Pago (R\$):	3.000,00
Identificação do Pagamento:	APOIO NF10.172

Data/hora da operação:	08/03/2021 11:28:42
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	067530862
Chave de segurança:	HV1ZX3VNMR7Q6C80

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

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04016.920797 25626.050006 7 85690000300000

Local de pagamento: Em qualquer banco ou correspondente não bancário mesmo após o vencimento.					Vencimento 24/03/2021
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF: 08.789.598/0001-51 AV BENEDITO R LISBOA, 1805 , 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					Agência/Código Beneficiário 0792 / 56260-5
Data do documento 22/02/2021	Núm. do documento 10172	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 22/02/2021	Nosso Número 157 / 00040169
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.000,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40 RUA CARLOS KIELANDER 396 , 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário final					CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

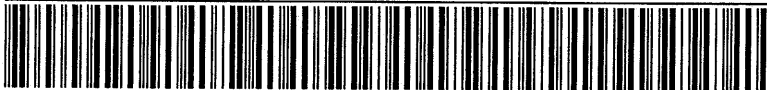


Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04016.920797 25626.050006 7 85690000300000

Local de pagamento: Em qualquer banco ou correspondente não bancário mesmo após o vencimento.					Vencimento 24/03/2021 ✓
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF: 08.789.598/0001-51 AV BENEDITO R LISBOA, 1805 , 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					Agência/Código Beneficiário 0792 / 56260-5
Data do documento 22/02/2021	Núm. do documento 10172	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 22/02/2021	Nosso Número 157 / 00040169
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.000,00 ✓
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40 RUA CARLOS KIELANDER 396 , 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário final					CNPJ/CPF:



Ficha de Compensação
Autenticação mecânica

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
---------------------	---

APOIO HOSPITALAR COM. DE PRODUTOS MEDICOS - EIRELI - ME AV. BENEDITO RODRIGUES LISBOA, 1805 - JD. VIVENDAS - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - CEP: 15085-890 Fone: (17)3301-1466 www.apoiohospitalar.com.br apoio.hospitalar@terra.com.br		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.010.172 Série 001 Folha 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3521 0208 7895 9800 0151 5500 1000 0101 7210 0075 4780 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA MERC ADQ TERCEIROS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210196374238 22/02/2021 16:37:47			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 6475014001-1		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ / CPF 08.789.598/0001-51	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA MISERICORDIA DE MONTE ALTO			CNPJ / CPF 52.852.100/0001-40		DATA DA EMISSÃO 22/02/2021	
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER, 396			BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 15910-000	
MUNICÍPIO MONTE ALTO		UF SP	TELEFONE / FAX (16)3244-3244		INSCRIÇÃO ESTADUAL 6475014001-1	
				HORA DA SAÍDA		

DUPLICATAS Número 001 Vencimento 24/03/2021 Valor R\$ 3.000,00	
--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. VALOR DO ICMS SUBST. 0,00		V. APROX. TRIBUTOS (Fonte: IBPT) 502,80 (16,76 %)		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.000,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	
				VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 3.000,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA			FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF SP		CNPJ / CPF 582249216111	
ENDEREÇO R GENERAL AUGUSTO SOARES DOS SANTOS, 550			MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO								INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXA		MARCA		NUMERAÇÃO			PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS IPI
307067	CAPACETE DE OXIGENACAO E ALTA PRESSAO G = (INTERFACE DE VNI 7LIVES TAMANHO 3) -	90192010	0102	5102	UN	2	600,000	0,00	1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
307066	CAPACETE DE OXIGENACAO E ALTA PRESSAO M = (INTERFACE DE VNI 7LIVES TAMANHO 2) -	90192010	0102	5102	UN	3	600,000	0,00	1.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
23, 02, 21
Libane

DIGITADO
N.º 280
25 / 02 / 2021
Por: manone

RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19
Termo de repasse 013/2020-1
Pago com recurso Federal: 3000,00
Pago com recurso entidade -
Conferido com o documento original

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 75478 / CLIENTE: 50088 VLR. APROX. TRIBUTOS - R\$ 142,80 FEDERAL, R\$ 360,00 ESTADUAL, R\$ 0,00 MUNICIPAL - TOTAL R\$ 502,80-FONTE: IBPT/SP-02C353PRAZO MAXIMO P/ RECLAMACOES/DEVOLUCOES E DE 72 HRS. - ***PEDIDO 156784084.1 = BIONEXO*** IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO Ca 513 CONTABILIDADE		RESERVADO AO FISCO	
---	--	--------------------	--

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Não possui valor fiscal. Simples representação do evento indicado abaixo.
CONSULTE A AUTENTICIDADE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA - NF-e

MODELO	SÉRIE	NÚMERO	MÊS/ANO DA EMISSÃO
55	001	000010172	02/21
CHAVE DE ACESSO			
3521020878959800151550010001017210.00754780			



CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ÓRGÃO	AMBIENTE	DATA E HORÁRIO DO EVENTO
35	PRODUÇÃO	02/03/2021 15:43:15
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	SEQUÊNCIA DO EVENTO
110110	Carta de Correcao	1
STATUS	PROTOCOLO	DATA E HORÁRIO DO REGISTRO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135210229805846	02/03/2021 15:43:19

EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF
APOIO HOSPITALAR COM. DE PRODUTOS MEDICOS - EIRELI - ME	08.789.598/0001-51
ENDEREÇO	CEP
AV.BENEDITO RODRIGUES LISBOA 1805	15085-890
MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SÃO JOSE DO RIO PRETO	647501400111

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF
IRMANDADE DA MISERICORDIA DE MONTE ALTO	52.852.100/0001-40
ENDEREÇO	CEP
RUA CARLOS KIELANDER 396	15910-000
MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
MONTE ALTO	

Carta de Correcao

RAZÃO SOCIAL CORRETA:
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO