



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	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 04019.080797 25626.050006 5 85770000120000
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:	01/04/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	10/03/2021
Valor Nominal do Boletto:	1.200,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.200,00
Valor Pago (R\$):	1.200,00
Identificação do Pagamento:	APOIO NF10.206

Data/hora da operação:	10/03/2021 08:48:28
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	069121323
Chave de segurança:	44SSFC616QAFLE1T

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

Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 01/04/2021
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ 08.789.598/0001-51					Agência/Código Beneficiário 0792/56260-5
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final AV BENEDITO R LISBOA 1805 DAS VIVENDAS S JOSE DO RIO PRETO SP 15085 890					
Data do documento 02/03/2021	No. Do documento 10206	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/03/2021	Nosso Número 157/00040190-8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.200,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 4,00 AO DIA					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 052852100000140					
Endereço: RUA CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica




Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 04019.080797 25626.050006 5 85770000120000

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 01/04/2021
Cedente APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ 08.789.598/0001-51					Agência/Código Cedente 0792/56260-5
Data do documento 02/03/2021	No. Do documento 10206	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/03/2021	Nosso Número 157/00040190-8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.200,00
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 4,00 AO DIA					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado: IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 052852100000140					
Endereço: RUA CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					

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 000.010.206 Série 001 Folha 1/1	 CHAVE DE ACESSO 3521 0308 7895 9800 0151 5500 1000 0102 0610 0075 4791
	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	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210229612563 02/03/2021 15:13:19
INSCRIÇÃO ESTADUAL 647501400111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO CNPJ / CPF 52.852.100/0001-40 08.789.598/0001-51

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA MISERICORDIA DE MONTE ALTO		52.852.100/0001-40	02/03/2021
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER, 396	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 15910-000	DATA DA SAÍDA
MUNICÍPIO MONTE ALTO	UF SP	TELEFONE / FAX (16)3244-3244	HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS	
Número	001
Vencimento	01/04/2021
Valor	R\$ 1.200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS (Fonte: IBPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	201,12 (16,76 %)	1.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL EMP.BRAS.DE CORREIOS E TELEGRAFOS		0 - REMETENTE				
ENDEREÇO AV BRIG FARIA LIMA, 6363		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 209263344110		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	CAIXA					

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	ALIQ. % 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

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
04/03/2021
Manone

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Ora 513

CONTABILIDADE
RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19
Termo de repasse 013/2020-1
Pago com recurso Federal: 1.200,00
Pago com recurso enfidade
Conferido com o documento original

DIGITADO
N.º 23
04/03/2021
Por: Manone

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 75479 / CLIENTE: 50088 VLR.APROX.TRIBUTOS - R\$ 57,12 FEDERAL, R\$ 144,00 ESTADUAL, R\$ 0,00 MUNICIPAL - TOTAL R\$ 201,12-FONTE: IBPT/SP-02C353PRAZO MAXIMO P/ RECLAMACOES/DEVOLUCOES E DE 72 HRS. - ***PEDIDO 156784084.1 = BIONEXO***	

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	000010206	03/21
CHAVE DE ACESSO			
35210308 7895 9800 0151 5500 1000 0102 0610 0075 4791			



CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGÃO	AMBIENTE	DATA E HORÁRIO DO EVENTO
35	PRODUÇÃO	02/03/2021 15:45:15
EVENTO	110110	SEQUÊNCIA DO EVENTO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	Carta de Correcao	1
STATUS	135210229818204	DATA E HORÁRIO DO REGISTRO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e		02/03/2021 15:45:16

EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF
APOIO HOSPITALAR COM. DE PRODUTOS MEDICOS - EIRELI - ME	08.789.598/0001-51
ENDERECO	CEP
AV.BENEDITO RODRIGUES LISBOA 1805	15085-890
MUNICIPIO	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
ENDERECO	CEP
RUA CARLOS KIELANDER 396	15910-000
MUNICIPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
MONTE ALTO	

Carta de Correcao

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