



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Nome:</b>	IRMANDADE MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 04412.571400 35005.390006 1 85800000189560
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FARMATER MEDICAMENTOS LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FARMATER MEDICAMENTOS LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>04.342.595/0002-03</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM MIS HOSP STA CASA MONTE AL
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	04/04/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	15/03/2021
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.895,60
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.895,60
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.895,60
<b>Identificação do Pagamento:</b>	FARMATER NF23318

**Data/hora da operação:** 15/03/2021 10:23:09

**Código da operação:** 074335325  
**Chave de segurança:** FA20GZQFCW704CH7

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

**Cobrança Expressa - Emissão de Boletto**



**Banco Itaú S.A. | 341-7**

**RECIBO DO PAGADOR**

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/04/2021
Beneficiário FARMATER MEDICAMENTOS LTDA CNPJ 04.342.595/0002-03					Agência/Código Beneficiário 1403/50053-9
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final RUA DOMINGOS VIEIRA 591 LOJA 03 E 04 SANTA EFIGENIA BELO HORIZONTE MG 30150-242					
Data do documento 05/03/2021	No. Do documento 23318	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 05/03/2021	Nosso Número 157/00044125-7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.895,60
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE.....R\$ 1,26 AO DIA APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE.....R\$ 75,82 SUJEITO A PROTESTO APOS 3 DIAS DE ATRASO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRM MIS HOSP STA CASA MONTE AL CNPJ/CPF 52852100000140					
Endereço: LARGO 8 DE FEVEREIRO, 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica



**Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 04412.571400 35005.390006 1 85800000189560**

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/04/2021
Cedente FARMATER MEDICAMENTOS LTDA CNPJ 04.342.595/0002-03					Agência/Código Cedente 1403/50053-9
Data do documento 05/03/2021	No. Do documento 23318	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 05/03/2021	Nosso Número 157/00044125-7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.895,60
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE.....R\$ 1,26 AO DIA APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE.....R\$ 75,82 SUJEITO A PROTESTO APOS 3 DIAS DE ATRASO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado: IRM MIS HOSP STA CASA MONTE AL CNPJ/CPF 52852100000140					
Endereço: LARGO 8 DE FEVEREIRO, 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					


**Ficha de Compensação**  
Autenticação Mecânica



*Ju*

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**Farmater Medicamentos Ltda**  
 Rua Domingos Vieira, 591 -  
 Santa Efigenia - CEP:30150-242 -  
 Belo Horizonte - MG  
 TEL: (31)3224-2465

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 N° 000023318 FL. 1 / 1  
 SÉRIE 001

  
 CHAVE DE ACESSO  
 3121 0304 3425 9500 0203 5500 1000 0233 1810 0039 0617  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
 ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
**VENDA FORA DO ESTADO P/ NAO CONTRIBUINTE**  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 131214056269952 05/03/2021 16:30:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0621220800189  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 04.342.595/0002-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **IRM DE MISER HOSP STA CASA DE MONTE ALTO 07898-0**  
 ENDEREÇO: **RUA CARLOS KIELANDER, 396**  
 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**  
 CEP: **15910-000**  
 MUNICÍPIO: **MONTE ALTO**  
 FONE / FAX: **(16) 3244-3244**  
 UF: **SP**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **15910-000**  
 DATA DA EMISSÃO: **05/03/2021**  
 DATA SAÍDA / ENTRADA: **05/03/2021**  
 HORA DA SAÍDA: **16:30:57**

PAGAMENTO	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	23318	1.895,60	0,00	1.895,60

N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	04/04/2021	1.895,60									

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1.895,60
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESS.		VALOR DO IPT		VALOR TOTAL DA NOTA	
	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1.895,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
 RAZÃO SOCIAL: **BRASPRESS TRANS.URGENTES LTDA**  
 ENDEREÇO: **AV CESAR AUGUSTO FARIA SIMOES, 445 B**  
 MUNICÍPIO: **CONTAGEM**  
 UF: **MG**  
 FRETE POR CONTA: **0 - REMETENTE**  
 CÓDIGO ANTT: **0**  
 PLACA DO VEÍCULO: **0**  
 UF: **MG**  
 CNPJ / CPF: **48.740.351/0002-46**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **1863627670020**  
 QUANTIDADE: **1**  
 ESPÉCIE: **1**  
 MARCA: **1**  
 NUMERAÇÃO: **1**  
 PESO BRUTO: **6,880**  
 PESO LÍQUIDO: **6,880**

CÓDIGO DO PROD. /	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	PERC. (%) DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR I.P.T.	VALOR I.E.I.	ALIQUOTAS
123208	UNIZINCO Sol 100ml *M* - Lote: 517352 Qtd: 25 Venc: 30/10/2022, Lote: 517811 Qtd: 15 Venc: 30/11/2022 - LOTE: 517352 - QTD: 25,00 - FAB: 01/10/2020 - VAL: 30/10/2022 - C.AGREGAÇÃO: - LOTE: 517811 - QTD: 15,00 - FAB: 01/11/2020 - VAL: 30/11/2022 - C.AGREGAÇÃO: -	30049099	000	6108	UN	40,00	26,06	1.042,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
140277	VITAMINA D 1000UI 60cap *S* - Lote: 20060107 Qtd: 18 Venc: 30/05/2022 - LOTE: 20060107 - QTD: 18,00 - FAB: 01/05/2020 - VAL: 30/05/2022 - C.AGREGAÇÃO: -	21069030	000	6108	CX	18,00	47,40	853,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

*[Handwritten Signature]*

**BOLETO ANEXO**

GARANTIMOS A SUBSTITUIÇÃO DE TODOS OS  
 ÍTEMS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL,  
 CASO OS MESMOS VINHAM A TER SUAS  
 VALIDADES EXPIRADAS, ANTES DE SUA  
 UTILIZAÇÃO.  
**FARMATER-MEDICAMENTOS LTDA**

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 // Bco BRASIL: Ag 1229-7 C/C 69547-5/ SANTANDER Ag 3476 C/C 130072388 // \*MERC.C  
 /IMPOSTO RET SUBST.TRB.CONF.ART.12/14/15 DA PARTE 2 ANEXO XV DO  
 ICMS.Decreto  
 12342/1978 (codigo sanitario) Artigo 570 Paragrafo unico  
 Pedido 39061 ID 161266007 LOCAL ENTREGA RUA ANTONIO DA SILVA  
 O 4 MONTE ALTO SP CEP 15910-000 produtos aproximados desta  
 NFe  
 (32,04%) RS 607,35  
 IRMANDADE DE MISERICORDIA  
 HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
 09 / 03 / 21  
 1213

RESERVAÇÃO AO FISCO  
**RECURSO PÚBLICO FEDERAL**  
**COVID 19**  
 Termo de repasse **01312020-1**  
 Pago com recurso Federal: **1.895,60**  
 Pago com recurso entidade  
 Confirmação com o documento original  
 Por: *[Handwritten Signature]*

**DIGITADO**  
 N.º **95**  
**10 / 03 / 2021**