



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</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>	03399.48572 40200.000079 42498.101049 7 85810002900000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>EUROFARMA LABORATORIOS SA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>EUROFARMA LABORATORIOS SA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>61.190.096/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMAND.DE MISER.DO HOSP.DA STA.CASA
<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>	05/04/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	18/03/2021
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	29.000,00
<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>	29.000,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	29.000,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	EUROFARMA NF1844541

  

<b>Data/hora da operação:</b>	18/03/2021 09:51:57
-------------------------------	---------------------

  

<b>Código da operação:</b>	077113239
<b>Chave de segurança:</b>	FJGEZYQZ9E4UP7C3

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

**Instruções de Impressão**

- Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta (Não use modo econômico).
- Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm).
- Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.
- Caso tenha problemas ao imprimir, copie a sequência numérica abaixo e pague no caixa eletrônico ou no Internet banking:

**Linha Digitável: 03399.48572 40200.000079 42498.101049 7 85810002900000**

**Valor: R\$ 29.000,00**

**Recibo do Pagador**



**[033-7] 03399.48572 40200.000079 42498.101049 7 85810002900000**

Beneficiário <b>Eurofarma Laboratórios S.A.</b>		Agência/Cód. Beneficiário <b>3689/4857402</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso número <b>0000000000007424981</b>
Número do documento <b>001844541-1</b>		CPF/CNPJ <b>61.190.096/0001-92</b>	Vencimento <b>05/04/2021</b>		Valor documento <b>29.000,00</b>
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

Pagador  
**IRMAND.DE MISER.DO HOSP.DA STA.CASA CNPJ:52.852.100/0001-40**

Demonstrativo

Autenticação mecânica

**Corte na linha pontilhada**



**[033-7] 03399.48572 40200.000079 42498.101049 7 85810002900000**

Local de pagamento <b>Pagável em qualquer Banco até o vencimento</b>				Vencimento <b>05/04/2021</b>	
Beneficiário <b>Eurofarma Laboratórios S.A. CNPJ: 61.190.096/0001-92</b>				Agência / Cód. Beneficiário <b>3689/4857402</b>	
Data do documento <b>05/03/2021</b>	Nº documento <b>001844541-1</b>	Espécie doc.	Aceite	Data process. <b>17/03/2021</b>	Nosso número <b>0000000000007424981</b>
Carteira		Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento <b>29.000,00</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)  <b>APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$.... 5,80 AO DIA</b> <b>Não dispensar juros após o vencimento</b> <b>Sujeito a protesto em 5 dias</b>					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado

Pagador  
**IRMAND.DE MISER.DO HOSP.DA STA.CASA CNPJ:52.852.100/0001-40**  
**R CARLOS KIELANDER , 396**  
**15910-000 CENTRO MONTE ALTO - SP**

Cód. baixa

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Sacador/Avalista



Corte na linha pontilhada



# Eurofarma

Ampliando horizontes

**Eurofarma Laboratórios S.A.**  
Rod Pres Castelo Branco Km 35,6 - Itaquí  
Itapevi - SP - CEP 06696-000  
Central de Atendimento Eurofarma 0800-704-1993

## DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

1 - Saída 1  
2 - Entrada  
Nº 001844541/FL1/1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO DA NF-e DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR

**3521.0361.1900.9600.0869.5500.1001.8445.4115.2690.4455**

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
5.101 Venda de produção do estabelecimento.

DADOS DA NF-e

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
373105533115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
61.190.096/0008-69

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

135210243191210 05.03.2021 11:39:59

### DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRMAND. DE MISER. DO HOSP. DA STA. CASA 11667

CNPJ/CPF  
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSÃO  
05.03.2021

ENDEREÇO  
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
15910-000

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO  
MONTE ALTO

FONE/FAX  
16 3244-3244

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA

### FATURA

Nro Fatura  
001844541/A

Dt. Vcto  
05.04.2021

Valor  
29.000,00

### CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 29.000,00	VALOR DO ICMS 3.480,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DO PRODUTO 29.000,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 29.000,00

### TRANSPORTADOR/VOLUMES

RAZÃO SOCIAL TRANSPORTES TRANSLOVATO LTDA	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE <input type="checkbox"/>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	CNPJ / CPF 89.823.918/0002-25
ENDEREÇO R CONCRETEX 430	MUNICÍPIO GUARULHOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 00010	ESPÉCIE Volume(s)	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 25 KG	PESO LÍQUIDO 20,600 KG

### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	CLASSIFIC. FISCAL	SIT. TRIB.	CFOP	UNID.	PMC	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	DESCONTO	TOTAL BRUTO	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
402133	POLIMIXINA INJ 5FA QTEDE: 200,000 DS MED GENÉRICO CONF. LEI 9787/99	30042079 02.2021	000	5.101	DS Val.	0,00 02.2023	200	145,0000	0,00	29.000,00	29.000,00	3.480,00	0,00	12	0
TOTAL LISTA	Lista Positiva					BASE ICMS ST:	0,00	VAL ICMS ST:	0,00	BASE ICMS:	29.000,00	VALOR ICMS	3.480,00		

RECEBIDO E CONFERIDO  
MERCADORIAS  
09/03/21  
Manoel

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
09/12/13  
CONTABILIDADE

**DIGITADO**  
N.º 86  
09/03/2021  
Por: Manoel

RECURSO PÚBLICO FEDERAL  
COVID 19  
Termo de repasse 013/2020-1  
Pago com recurso Federal: 29.000,00  
Pago com recurso entidade: -  
Conferido com o documento original

Nº Red. Cli.: Pedido 161228559  
Nº Remessa: 201368473 - Nº Fatura: 0095139231 - DocNum: 0008253579

### Cálculo ISSQN

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

### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Caso não receba o boleto bancário entre contato com o financeiro através do telefone 11 5090-8600 ou e-mail csc.contas@eurofarma.com.br  
ZVN3 - Venda c/ Cotação - 0003051388  
Aliquota de ICMS 12% conforme a Lei 16.005/2015 - DOESP 25-11-2015  
Pedido 161228559