



## Comprovante de Pagamento de Bolet

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 DE MIS STA CASA
<b>Conta de débito:</b>	0890   013   00022667-1

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.61779 38742.433600 00003.682119 1 86200002600000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>49.324.221/0001-04</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.324.221/0001-04
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MIS STA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	14/05/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	29/04/2021
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	26.000,00
<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>	26.000,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	26.000,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	FRESENIUS NF16275

<b>Data/hora da operação:</b>	29/04/2021 16:29:17
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	019393252
<b>Chave de segurança:</b>	50ZSLTKL6YV647E

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

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

### Instruções

1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9			
Beneficiário			Espécie	Quantidade	Nosso Número
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA			R\$		6177387424-2
Endereço					
AV MARG PROJETADA (KM 21 E 22 GALP 1 2 PART 3 SITIO TAMBORE BARUERI SP - 6460200					
Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento	
0001627501	16988776	49.324.221/0001-04	14/05/2021	26.000,00	
(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado	
				26.000,00	
Pagador					
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40					
Instruções					Autenticação mecânica
JRS: Vi p/Dia Atraso - R\$ 17,33 APOS 15.05.2021					
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.					
///// ATENCAO ///// -> SEGUNDA-VIA					
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
PROTESTO:21.05.2021.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO					

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9		00190.61779 38742.433600 00003.682119 1 86200002600000	
Pagável em qualquer banco até o vencimento					14/05/2021
Beneficiário			Agência/Código Beneficiário		
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA			3360-X / 3682-X		
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
14/04/2021	0001627501	DM	N	26/04/2021	6177387424-2
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor		Valor Documento
11	R\$				26.000,00
Instruções					(-) Desconto/Abatimento
JRS: Vi p/Dia Atraso - R\$ 17,33 APOS 15.05.2021					(-) Outras Deduções
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.					(-) Mora/Multa
///// ATENCAO ///// -> SEGUNDA-VIA					(-) Outros Acrescimos
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(=) Valor Cobrado
PROTESTO:21.05.2021.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO					26.000,00
Pagador					
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40					
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180					
MONTE ALTO - SP - 15910-000					
Sacador/Avalista					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



**FRESENIUS  
KABI**

**FRESENIUS KABI BRASIL LTDA**  
Avenida Brasil 1255  
Cidade Jardim, Anapolis-GO  
FONE: 6233108200, CEP: 75080-240

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletronica

SAIDA: 1  
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000016275  
SERIE: 1  
PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO  
5221.0449.3242.2100.2077.5500.1000.0162.7513.7836.4232

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

NATUREZA DA OPERACAO  
Venda produção estab.destinada a não contribuinte

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO  
152213973348269 14/04/2021 09:53:23

INSCRICAO ESTADUAL  
10.779.033-5

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.  
809.011.660.112

CNPJ  
49.324.221/0020-77

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL  
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA CASA DE MONTE ALTO

CNPJ / CPF  
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSAO  
14.04.2021

ENDERECO  
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180

BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO

CEP  
15910-000

DATA DE SAIDA / ENTRADA

MUNICIPIO  
MONTE ALTO

FONE / FAX  
16-3244 3244

UF  
SP

INSCRICAO ESTADUAL  
ISENTO

HORA DE SAIDA

LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA

NOME / RAZAO SOCIAL

CNPJ / CPF

INSCRICAO ESTADUAL

ENDERECO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

MUNICIPIO

UF

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004Pagamentos: 26.000,00 - 14.05.2021  
0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 -

Pedido:7226665 Cliente:0055111766 Filial:0020 Area:TP31 Forn:90147050 Parc:55111766 DocRef:5501999419 Dep:W030

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	21.665,80	VALOR DO ICMS	2.599,90	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	26.000,00
-------------------------	-----------	---------------	----------	--------------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR DA NOTA	26.000,00
----------------	-----------------	----------	----------------------------	--------------	---------------	-----------

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZAO SOCIAL  
UNIDOCKS ASSESSORIA E LOGISTICA DE

FRETE POR CONTA  
0 = EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF  
00.233.065/0046-89

ENDERECO  
ROD BR-153 GALPAO 8 MOD S/N, KM 5.5

MUNICIPIO  
GOIANIA

UF  
GO

INSCRICAO ESTADUAL  
107412519

QUANTIDADE  
00004

ESPECIE  
CAIXA

MARCA

NUMERACAO

PESO BRUTO  
52,000 KG

PESO LIQUIDO  
50,000 KG

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PROD / SERVICO	DESCRICAO DO PRODUTO / SERVICO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
-----------------------	--------------------------------	----------	-----	------	------	------	-----------	------------	---------	-----------	----------	-----------	----------

000970	PIPE SOD + TAZO SOD 4G0,5G PO SOL INJ IV	30041019	020	6107	CXA	40,00	650,000000	26.000,00	21.665,80	2.599,90	0,00	12,00	0,0
--------	--	----------	-----	------	-----	-------	------------	-----------	-----------	----------	------	-------	-----

\*L:78QB0506 Q: 40,00CA V:04.02.2023 MS:1140200340035  
Total de tributos = 7.279,90  
Total lista Positiva 26.000,00

**DIGITADO**  
214  
19, 04, 21  
Manoel

RECEBIDO E CONFERIDO  
MERCADORIAS  
19, 04, 21  
Manoel

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES

Total de tributos = 7.279,90  
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 1.560,00 + FCP R\$ 0,00; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00  
As mercadorias sairao ou serao retiradas do Deposito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiania - GO  
- Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33  
Base de Calculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO  
IPI com Aliquota Zero conforme Decreto 7.212 de 15/06/2010-RIPI.  
Inscrição Suframa n.  
Pedido 167051591.1  
Forma de pagamento somente através de boleto bancário.

MANUADA DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

CONTABILIDADE

Contendo de Importação Inferior ou igual a 40% (quarenta por cento) Credito Presumido-Lei 10.147 de 2000. Produto de uso restrito hospitalarAutoriz.funcionamento MS nº 1.01402.4

RESERVADO AO FISCO

RECURSO PUBLICO FEDERAL  
COVID 19

Termo de repasse Portaria 431

Pago com recurso Federal: 26.000,00

Pago com recurso entidade -

Conferido com o documento original