

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0890 / 013 / 00021884-9
<b>Tipo de conta:</b>	02 - Conta Poupança
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40

<b>Banco:</b>	341 - ITAU 0000000 - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8040 / 00000007785-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CASSOLI CIA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.716.597/0001-01
<b>Valor:</b>	R\$ 110,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	CASSOLI NF 219
<b>Histórico:</b>	CASSOLI NF 219

<b>Data de débito:</b>	13/10/2020
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/10/2020 13:35:18

<b>Código da operação:</b>	00108691
<b>Chave de segurança:</b>	8VC9VFFQR8LE1XZJ

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**CASSOLI & CIA LTDA - ME**

RUA CARLOS KIELANDER, 380 - CENTRO - CEP:15910-000 - MONTE ALTO - SP  
TEL: (16)3242-1333

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 00000219 / FL. 1 / 1  
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO  
3520 0919 7165 9700 0101 5500 1000 0002 1916 6276 9050

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200846872251 23/09/2020 17:25:09

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL 461054080114 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 19.716.597/0001-01

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE  
CNPJ / CPF: 52.852.100/0001-40  
DATA DA EMISSÃO: 23/09/2020

ENDEREÇO: CARLOS KIELANDER, 396  
BAIRRO / DISTRITO: CENTRO  
CEP: 15910-000  
DATA SAÍDA / ENTRADA: 23/09/2020

MUNICÍPIO: MONTE ALTO FONE / FAX UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA: 17:19:00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	23/10/2020	110,00									

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	110,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE  
CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: UF: CNPJ / CPF:

ENDEREÇO: MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE: ESPÉCIE: MARCA: NUMERAÇÃO: PESO BRUTO: PESO LÍQUIDO:

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.L.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
2250	LORAZEPAM 2 MG C/30 (GERMED)	30049099	0500	5405	UN	4,00	10,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
555	FLORATIL 100 MG C/12 CPS	30049099	0500	5405	UN	2,00	35,00	0,00	70,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO  
MERCADORIAS  
24/09/2020  
Juliana

DIGITADO  
Nº 244  
24/09/2020  
Juliana

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
Ga 28/19  
CONTABILIDADE

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECURSO PÚBLICO FEDERAL  
COVID 19

Termo de repasse: 008/2020-1

Pago com recurso Federal: 110,00

Pago com recurso entidade: —

Conferido com o documento original

RESERVADO AO FISCO