



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:	IRMAND MISER HOSP S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00021884-9

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00543.515720 80656.150002 1 84130000058000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PRECISION C D PROD MED HOSP LT
Nome/Razão Social:	PRECISION C D PROD MED HOSP LT
CPF/CNPJ:	30.461.442/0001-04
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MISERICORDIA HOSP DA
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	19/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	19/10/2020
Valor Nominal do Boletto:	580,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	580,00
Valor Pago (R\$):	580,00
Identificação do Pagamento:	PRECISION NF 11084

Data/hora da operação:	19/10/2020 11:21:19
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	093404672
Chave de segurança:	SHY9ZMSA8L1AVE43

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



PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO
HOSP LTDA
RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 6
Cep:14140-000 - CRAVINHOS - SP
Fone:(16)3482-2500

Itau Banco Itaú S.A.

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA	Agência/Cód.Beneficiário 5728/06561-5	Data do Documento 09/10/2020	Vencimento 19/10/2020
Pagador: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO (68) RUA CARLOS KIELANDER,396 - CENTRO 15910-000 - MONTE ALTO-SP	Número Documento: 11084-01	Nosso Número: 00005435	Valor do Documento: 580,00

Autenticação Mecânica

Itau Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 00543.515720 80656.150002 1 84130000058000

Local de Pagamento: Pagável Preferencialmente no Banco Itaú.					Vencimento 19/10/2020
Beneficiário PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA - 30.461.442/0001-04					Agência/Cód.Beneficiário 5728/06561-5
Endereço RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 6 - 14140-000-CRAVINHOS-SP					
Data do documento: 09/10/2020	No. do documento 11084-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 09/10/2020	Cart./Nosso Número 109/00005435-1
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(-) Valor do Documento 580,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO (68)
RUA CARLOS KIELANDER,396 - CENTRO
15910-000 - MONTE ALTO-SP
52.852.100/0001-40

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



RECEBEMOS DE PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 09/10/2020 VALOR TOTAL: R\$ 580,00 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE - RUA CARLOS KIELANDER, 396 CENTRO MONTE ALTO-SP



NFe N° 000.011.084
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Precision
PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA
 RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 006
 JARDIM ALVORADA - 14140-000
 CRAVINHOS - SP Fone/Fax: 1634822500
 www.precisionhospitalar.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
N° 000.011.084
Série 001
 Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1030 4614 4200 0104 5500 1000 0110 8410 0295 5059
 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 DE MERCADORIA**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **279046937110**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.:
 CNPJ / CPF: **30.461.442/0001-04**

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: **09/10/2020**
 ENDEREÇO: **RUA CARLOS KIELANDER, 396**
 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**
 CEP: **15910-000**
 DATA DA SAÍDA/ENTRADA:
 MUNICÍPIO: **MONTE ALTO**
 UF: **SP**
 FONE / FAX: **1632443246**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL:
 HORA DA SAÍDA/ENTRADA:

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO**
 CNPJ / CPF: **52.852.100/0001-40**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL:
 ENDEREÇO: **RUA ANTONIO DA SILVA AL, 280 - PORTAO 4**
 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**
 CEP: **15910-000**
 MUNICÍPIO: **MONTE ALTO**
 UF: **SP**
 FONE / FAX: **1632443246**

FATURA / DUPLICATA
 Num: **001**
 Venc: **19/10/2020**
 Valor: **R\$ 580,00**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
580,00	69,60	0,00	0,00	0,00	0,00	580,00
VALOR DO PRET.	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	580,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **0-Remetente**
 FRETE POR CONTA:
 CÓDIGO ANTT:
 PLACA DO VEICULO:
 UF:
 CNPJ / CPF: **34.922.709/0002-47**
 ENDEREÇO: **VIA ANHANGUERA KM,320**
 MUNICÍPIO: **RIBEIRAO PRETO**
 UF: **SP**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **797530195111**
 QUANTIDADE: **1**
 ESPECIE: **Volumes**
 MARCA:
 NUMERAÇÃO:
 PESO BRUTO:
 PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	QCSST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	H.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
15052	FOSFATO DISS. DEXAMETASONA 4MG/ML AMP 2.5ML CX 100 FARMACE G- Lote: 11X19172 Qnd: 5 Val: 15/10/2021	30039099	000	5102	CX	5	116,0000	580,00	580,00	69,60		12,00	

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 14/10/2020
 P. BIANCHI

DIGITADO
 N.º 000
 14/10/2020
 P. BIANCHI

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
 09/16/10
 CONTABILIDADE

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: **RESERVADO AO FISCO**
 Inf. Contribuinte: Pedido Bionexo 114966184
 Vendedor: 4-TAMIRES NUNES DA SILVA Mov:295427
 Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 78,01 Estadual: R\$ 69,60 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

Impresso em 09/10/2020 às 17:29:18

RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19
 Termo de repassa: 008/2020-1
 Pago com recurso Federal: 580,00
 Pago com recurso antidade: —
 Conferido com o documento original