

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.61639 30663.633599 00002.034312 3 84520000035525
<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>DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>04.027.894/0001-64</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.027.894/0001-64
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM,DE MIS.HOSP,STA.CASA MONTE ALTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	27/11/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	06/11/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	355,25
<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>	355,25
<b>Valor Pago (R\$):</b>	355,25
<b>Identificação do Pagamento:</b>	DUPATRI NF1134459

<b>Data/hora da operação:</b>	06/11/2020 13:30:33
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	011669592
<b>Chave de segurança:</b>	1U9TA2GNG6VTQCKY

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



001-9

00190.61639 30663.633599 00002.034312 3 84520000035525

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço  
IRM.DE MIS.HOSP.STA.CASA MONTE ALTO CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Nosso Número 06163306636-	Nr.Documento 21134459U	Data de Vencimento 27/11/2020	Valor do Documento R\$ 355,25	(=) Valor Pago R\$ 355,25
------------------------------	---------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço  
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E CPF/CNPJ: 04.027.894/0001-64  
RUA SAO PAULO 31 VILA BELMIRO SANTOS SP-11.075-330

Agência/Código do Beneficiário  
3359/00002034

Autenticação Mecânica

00190.61639 30663.633599 00002.034312 3 84520000035525

Boleto de Pagamento



001-9

00190.61639 30663.633599 00002.034312 3 84520000035525

Local de pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL	Vencimento 27/11/2020
--	--------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço  
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E CPF/CNPJ: 04.027.894/0001-64  
RUA SAO PAULO 31 VILA BELMIRO SANTOS SP-11.075-330

Agência/Código do Cedente  
3359/00002034

Data do Documento 28/10/2020	Número do Documento 21134459U	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 06/11/2020	Nosso Número 06163306636
Uso do Banco	Carteira 031	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 355,25

Instruções  
JRS: V1 p/Dia Atraso R\$ 0,12 A PARTIR DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento	
(+) Juros/Multa	
(=) Valor Cobrado	R\$ 355,25

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço  
IRM.DE MIS.HOSP.STA.CASA MONTE ALTO / 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica





DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530  
CATALÃO - GO  
CEP: 75.709-516

TELEFONES  
ESTOCQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA  
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO  
5220 1004 0278 9400 0326 5500 1001 1344 5910 0109 7335

Nº 1134459  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

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

NATURZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROTÓCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
152203531017250 28/10/2020 20:43:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ  
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRM. DE MIS. HOSP. STA. CASA MONTE ALTO (3028)

CNPJ/CPF  
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSÃO  
28/10/2020

ENDEREÇO  
R CARLOS KIELANDER, 396

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
15910-000

DATA ENTRADA/SAIDA  
28/10/2020

MUNICÍPIO  
MONTE ALTO

TELEFAX  
1632443246

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
20:37

FATURA / DUPLICATA

001 27/11/2020 355,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
296,03	35,52	0,00	0,00	355,25
VALOR DO FRFTE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				355,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

E/RAZÃO SOCIAL CULO PROPRIO (90)	FRFTE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXAS			55,00	55,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
50402	AGUA P/INJECAO 1L PSP C/16-PRESENIUS (Lote: 74PG2618, Qtde: 5, Dt Val: 30/06/2022, Data Fab: 01/07/2020)	30049098	020	6108	CX	5	71,0500	355,25	296,03	35,52		12,00	

RECEBIDO E CONFERIDO  
MERCADORIAS

29,10 12020  
Maione

DIGITADO

Nº 324

29,10 12020

Por: Maione

MANDADO DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
Ca 3111  
CONTABILIDADE

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A  
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO  
cc 3326  
ITEM 1 RFD.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -  
RICKS/GO  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 21,32  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 35,52, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 35,52  
Pedido: 1214029  
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)  
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ: - Inscricao Estadual:633565192110 -  
Endereço: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO  
RECURSO PUBLICO FEDERAL  
COVID 19

Termo de repasse 008/2020-1

Pago com recurso Federal: 355,25

Pago com recurso entidade -

Conferido com o documento original