



## 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>	00190.00009 01855.332001 00004.245171 5 84830000589250
<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>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.091.417/0001-19</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA
<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>	28/12/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/12/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	5.892,50
<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>	5.892,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	5.892,50
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ZAFALON NF24.971

<b>Data/hora da operação:</b>	09/12/2020 10:01:43
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	044268363
<b>Chave de segurança:</b>	8PJLVZPK23ATTQWY

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

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		<b>Recibo do Pagador</b>	
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>28/12/2020</b>
Beneficiário <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b>					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>
Endereço do Beneficiário <b>RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>					CNPJ do Beneficiário <b>08.091.417/0001-19</b>
Data do Documento <b>27/11/2020</b>	Número do Documento <b>24971/1</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Acéite <b>N</b>	Data do Processamento <b>27/11/2020</b>	Nosso Número <b>18553320000004245</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>5.892,50</b>
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 28/12/2020</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,96 após 28/12/2020</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Desconto/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa/Juros  (+) Outros Acréscimos  (=) Valor Cobrado
Pagador: <b>IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO</b> <b>RUA CARLOS KIELANDER 396,</b> <b>15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP</b>					CPF/CNPJ do Pagador <b>52.852.100/0001-40</b> Código de Baixa <b>18553320000004245</b>
Sacador/ Avalista:					Autenticação Mecânica
Recebimento através do cheque núm. _____ do banco _____ Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.					

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		00190.00009 01855.332001 00004.245171 5 84830000589250	
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>28/12/2020</b>
Beneficiário <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b> - CNPJ: 08.091.417/0001-19					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>
Endereço do Beneficiário <b>RUA GUIDO BORSARO, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>					CNPJ do Beneficiário <b>08.091.417/0001-19</b>
Data do Documento <b>27/11/2020</b>	Número do Documento <b>24971/1</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Acéite <b>N</b>	Data do Processamento <b>27/11/2020</b>	Nosso Número <b>18553320000004245</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>5.892,50</b>
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 28/12/2020</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,96 após 28/12/2020</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Desconto/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa/Juros  (+) Outros Acréscimos  (=) Valor Cobrado
Pagador: <b>IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO</b> <b>RUA CARLOS KIELANDER 396,</b> <b>15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP</b>					CPF/CNPJ do Pagador <b>52.852.100/0001-40</b> Código de Baixa <b>18553320000004245</b>
Sacador/ Avalista:					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





## Comprovante de Pagamento de Boleto

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 01855.332001 00004.247177 4 85120000589250
<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>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA
<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>	26/01/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/12/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	5.892,50
<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>	5.892,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	5.892,50
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ZAFALON NF24.971

**Data/hora da operação:** 09/12/2020 10:03:10

**Código da operação:** 044271353  
**Chave de segurança:** PQELE1H52SH4HKZ2

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

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		<b>Recibo do Pagador</b>	
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>26/01/2021</b>
Beneficiário <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b>					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>
Endereço do Beneficiário <b>RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>					CNPJ do Beneficiário <b>08.091.417/0001-19</b>
Data do Documento <b>27/11/2020</b>	Número do Documento <b>24971/2</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>27/11/2020</b>	Nosso Número <b>18553320000004247</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>5.892,50</b>
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 26/01/2021</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,96 após 26/01/2021</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					CPF/CNPJ do Pagador <b>52.852.100/0001-40</b>
Sacador/ Avalista:					Código de Baixa <b>18553320000004247</b>
Recabimento através do cheque núm. _____ do banco _____ Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.					Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		00190.00009 01855.332001 00004.247177 4 85120000589250	
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>26/01/2021</b>
Beneficiário ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES - CNPJ: 08.091.417/0001-19 RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>
Data do Documento <b>27/11/2020</b>	Número do Documento <b>24971/2</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>27/11/2020</b>	Nosso Número <b>18553320000004247</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>5.892,50</b>
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 26/01/2021</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,96 após 26/01/2021</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					CPF/CNPJ do Pagador <b>52.852.100/0001-40</b>
Sacador/ Avalista:					Código de Baixa <b>18553320000004247</b>



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

RECEBEMOS DE ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 24.971  
SÉRIE 1

**RIBERTEC**  
Hospitalar


ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES /  
RIBERTEC HOSPITALAR

RUA GUIDO BORSARO, 828 - PQ DOS BANDEIRANTES  
CEP: 14090-440 - TEL. (16) 3234.7010  
RIBEIRÃO PRETO/SP

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**

Nº 24.971  
SÉRIE 1  
Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO  
3520 1108 0914 1700 0119 5500 1800 0249 7110 0035 6790

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL 582709323112 INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135201100290046 27/11/20 10:36

CNPJ 08.091.417/0001-19

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL  
IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

ENDEREÇO  
Rua Carlos Kielander 396

MUNICÍPIO  
Monte Alto

PHONE/FAX  
(16) 3244-3244

CNPJ  
52.852.100/0001-40

BAIRRO/DISTRITO  
Centro

CEP  
15910000

U.F. INSCRIÇÃO ESTADUAL  
SP ISENTA

DATA DA EMISSÃO  
27/11/2020

DATA DA SAÍDA/ENTRADA  
27/11/2020

HORA DA SAÍDA  
10:29

FATURA	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
	24971/1	28/12/20	5.892,50									
	24971/2	26/01/21	5.892,50									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR ICMS DESONERADO	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
11.785,00	2.121,30	0,00	0,00	0,00	11.785,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.785,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL  
PRETE POR CONTA  
9-SEM FRETE

ENDEREÇO  
MUNICÍPIO

QUANTIDADE  
1,00

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO  
0,37

PESO LÍQUIDO  
0,37

U.F. INSCRIÇÃO ESTADUAL

C.N.P.J./C.P.F.

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST / E/SOSN	CEP	UNID.	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR		ALÍQUOTAS	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
900PT561	CIRCUITO AIRVO SPIRAL ADULTO - FISHER Lote: 2101124417 x2	9019.20.10	200	5.102	Pç	2,00	905,00	1.810,00	1.810,00	325,80	0,00	18,00	0,00
OPT944	CANULA NASAL OPT944 ADULTO M - FISHER Lote: 2101106785 x17, Lote: 2101124443 x18	9019.20.10	200	5.102	Pç	35,00	285,00	9.975,00	9.975,00	1.795,50	0,00	18,00	0,00

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL JA SANTA CASA DE MONTE ALTO

27/11/2020

CONTABILIDADE

RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS

27/11/2020

Paulo

DIGITADO

N.º 220

27/11/2020

Por: Maucione

RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19

Termo de rapasse 008/2020-1

Pago com recurso Federal: 11.785,00

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Reservado ao Fisco

Informações complementares: Tipo de Cobrança: BOLETO | Valor aproximado dos tributos R\$4636,22 (39,34%) Fonte: IBPT | Representante: NATALIA SAYURI IYAYASHI | Pedido: 186241 | OC:oc 3631 | GARANTIA DE 90 DIAS CONTRA DEFREITO DE FABRICAÇÃO