

## 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>               | 86.185.220/0006-67            |
| <b>Nome:</b>                   | ASSOC IRMAS FRANC DE SAO JOSE |
| <b>Conta de débito:</b>        | 1102   003   00001315-5       |

|  |   |
|--|---|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 00190.00009 03418.708008 00083.430173 8<br>97390000161394 |
| <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>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                           |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>12.889.035/0001-02</b>                                 |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS DE                      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 86.185.220/0006-67  |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOC IRMAS FRANC DE SAO JOSE                             |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 86.185.220/0006-67  |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 06/06/2024 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 05/06/2024 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.613,94   |
| <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>            | 1.613,94   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.613,94   |

**Data/hora da operação:** 05/06/2024 16:46:48



ATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

352004

Identificação do Emitente
inovamed hospitalar
INOVAMED HOSPITALAR LTDA
RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-250
Telefone: (54)2106-7930
E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com

DANF-e
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 352004
SÉRIE 1
FL 1 of 2



CHAVE DE ACESSO
4324 0512 8890 3500 0102 5500 1000 3520 0411 3850 2280

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 3390157570
INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO: 257946314
CNPJ: 12.889.035/0001-02
Protocolo de Autorização(Data e Hora): 243240001275610 07/05/2024 18:29:26

DESTINATÁRIO/REMETENTE
6474 ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS DE SAO JOSE
CNPJ/CPF: 86.185.220/0006-67
DATA DA EMISSÃO: 07/05/2024
PRACA IRMA PAULINA
NÚMERO: 470
COMPLEMENTO:
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 07/05/2024
CEP: 88400-000
MUNICÍPIO: ITUPORANGA
Telefone/Fax: (47)3533-7150
UF: SC
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DE ICMS: 1.613,94
VALOR DO ICMS: 177,69
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 1.613,94

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: MULTISCV TRANSPORTES LTDA
FRETE POR CONTA: 0 - Emitente
CÓDIGO ANTI:
PLACA DO VEÍCULO: PC 1234
UF: RS
CNPJ/CPF: 04.169.737/0001-93
RODOVIA BR 282 KM 376, 4 - INTERIOR
MUNICÍPIO: HERVAL D OESTE
UF: SC
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 254530630
QUANTIDADE: 6
ESPECIE:
MARCA:
NUMERAÇÃO: 6
PESO BRUTO: 17,46
PESO LÍQUIDO: 17,46

ENDEREÇO DE ENTREGA
PRACA IRMA PAULINA
NÚMERO: 470
COMPLEMENTO:
BAIRRO: CENTRO
CEP: 88400-000
MUNICÍPIO: ITUPORANGA
UF: SC
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Table with columns: Qtd., Descrição do Produto/Serviço, NCM/SH, CST, CFOP, UND, QTD, V. UN., V. TOTAL, PMC, BC. ICMS, V. ICMS, ALIQ. ICMS, BC. ICMS ST, V. ICMS ST. Rows include items like FUROSEMIDA, PANTOPRAZOL, NEOM 5 MG + BACI 250, Sonda Nasogástrica, RIVAROXABANA, and LUVA LATEX CIRURGICA.

CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:
BASE DE CÁLCULO DE ISSQN:
VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 262.38 (16.26%)
HOR DE RECEBIMENTO: 08:00 AS 18:00 / OC 37.485 /
DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 132-5 CC 161027-9-PIX BB: 12.889.035/0001-02
NCM: 9018 - MERCADORIA DESTINADA PARA USO HOSPITALAR E/ OU LABORATORIAL
NCM: 4015 - MERCADORIA DESTINADA PARA USO HOSPITALAR E/ OU LABORATORIAL
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$70.70 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$25.97 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00.
RESERVADO AO FISCO

## 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>               | 86.185.220/0006-67            |
| <b>Nome:</b>                   | ASSOC IRMAS FRANC DE SAO JOSE |
| <b>Conta de débito:</b>        | 1102   003   00001315-5       |

|  |   |
|--|---|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 00190.00009 02090.228004 00208.100172 1<br>97480000105400 |
| <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>                              | LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL HOSPITALAR LTD             |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL HOSPITALAR<br>LTDA.ME      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 00.339.246/0001-92  |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | HOSPITAL BOM JESUS. HBJ                                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 86.185.220/0006-67  |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOC IRMAS FRANC DE SAO JOSE                             |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 86.185.220/0006-67  |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 15/06/2024 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 14/06/2024 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.054,00   |
| <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>            | 1.054,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.054,00   |

*16/06*

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 14/06/2024 19:15:34 |
|-------------------------------|---------------------|



Medicamentos e Produtos Hospitalares.  
**LONDRICIR COM DE MAT HOSPITALAR LTDA**  
 Av Tiradentes, 7100, GLP 03 Modulo 06 e 07 - Jardim Rosicler  
 CEP: 86072-000 Londrina-PR  
 Fone: (43) 3373-3400

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA**  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA 1  
 Nº 000.413.439  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 1/1



**CHAVE DE ACESSO**  
 4124 0500 3392 4600 0192 5500 1000 4134 3919 4903 9668

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
 ou no site da Sefaz Autorizadora

|   |                               |  |  |
|---|-------------------------------|--|--|
| NATUREZA DA OPEÇÃO<br>VENDAS FORA DO ESTADO |                               | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>141240144599340 16/05/2024 15:43:26 |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>601.28757-95          | INSC. EST DO SUBST TRIBUTÁRIO | CNPJ<br>00.339.246/0001-92   |  |

|  |                           |                       |                       |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>                |                           | CNPJ/CPF/AJ/Estangero | DATA DE EMISSÃO       |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>HOSPITAL BOM JESUS- HBJ |                           | 86.185.220/0006-67    | 16/05/2024            |
| ENDEREÇO<br>PRACA IRMA PAULINA, 23561        |                           | CEP<br>88400-000      | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| MUNICÍPIO<br>ITUPORANGA                      | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO | UF<br>SC              | HORA DE SAÍDA         |
| FONE/FAX<br>(47)3533-7150                    |                           | INSCRIÇÃO ESTADUAL    |                       |

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| <b>FATURA/DUPLICATA</b> |                       |
| 001                     | 15/06/24 R\$ 1.054,00 |

|                                     |                         |  |                                    |   |                                      |  |  |
|-------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>           |                         |  |                                    |   |                                      |  |  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>1.054,00 | VALOR DO ICMS<br>42,16  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS<br>277,52 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1.054,00 |  |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>1.054,00      |  |  |

|  |                                |             |                  |                     |                       |  |  |
|--|--------------------------------|-------------|------------------|---------------------|-----------------------|--|--|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |                                |             |                  |                     |                       |  |  |
| RAZÃO SOCIAL<br>EXRESSO SAO MIGUEL LTDA    | FRETE POR CONTA<br>0-Rem (CIF) | CODIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                  | CNPJ/CPF              |  |  |
| ENDEREÇO<br>RUA JOSE CARLOS MUFATTO, 1924  | MUNICÍPIO<br>CAMBE             |             |                  | PR                  | 907.25478-00          |  |  |
| QUANTIDADE<br>1                            | ESPECIE                        | MARCA       | NUMERAÇÃO        | PESO BRUTO<br>1,000 | PESO LÍQUIDO<br>1,000 |  |  |

| CODIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO   | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | BC ICMS | VALOR ICMS | ALIQ ICMS | VALOR APROX. TRIBUTOS |
|----------------|--|----------|-----|------|-------|--------|----------------|-------------|---------|------------|-----------|-----------------------|
| 26799          | ENOXAPARINA SODICA (CLEXANE) 40MG SERINGAS NR 32 CX/C/10 UN SANOFI cProdANVISA=1832603360151<br>PMC=0,00<br>Lote=3L259C Qtd=5 Fab=09/05/2023 Val=30/04/2025<br>Cod Barras (cEan): 7896070605268      | 30049099 | 200 | 6108 | CX    | 50     | 132,00         | 660,00      | 660,00  | 26,40      | 4         | 173,78                |
| 26804          | ENOXAPARINA SODICA (CLEXANE) 80MG SERINGAS NR 32 ERIS CX/C/10 UN SANOFI cProdANVISA=1832603360062<br>PMC=0,00<br>Lote=H5532A Qtd=2 Fab=30/08/2023 Val=31/07/2025<br>Cod Barras (cEan): 7891058001070 | 30049099 | 200 | 6108 | CX    | 20     | 197,00         | 394,00      | 394,00  | 15,76      | 4         | 103,74                |

**ATENÇÃO**  
 BOLETO EM ANEXO  
 SUJEITO A PROTESTO  
 APÓS 3 DIAS DO  
 VENCIMENTO.

|                         |                     |                          |                              |                |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b> | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS | VALOR DO ISSQN |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|----------------|

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>  | RESERVADO AO FISCO         |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino: R\$137,02.<br>INSCRIÇÃO AUXILIAR NO ESTADO DE SC DE Numero 26.043.786-7, DISPENSADO DO<br>RECOLHIMENTO DO DIFAL EM GNRE<br>PED: 948294 Vendedor: JENIFFER DOS REIS FERNANDES<br>Sep: FERNANDO Conf: WILLIAN<br>OC: 37.593<br>ALIQUOTA 4% CONFORME ART. 18 INC III DECRETO 7871/2017<br>Val aprox dos tributos R\$ 277,52 (26,33%) Fonte:IBPT<br>PIS COFINS - ALIQUOTA ZERO CONFORME ARTIGO 2 DA LEI 10147/2000:<br>Produtos(26799, 26804) -<br>Partilha ICMS operação interestadual consumidor final, disposto na Emenda constitucional<br>87/2015. Valor ICMS para UF destino: R\$ 137,02. Valor FCP para o destino: R\$ 0,00. Valor<br>ICMS UF remetente: R\$ 0,00. | Entrega em<br>21/05/24<br> |

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| Recebemos de LONDRICIR COM DE MAT HOSPITALAR LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão:16/05/2024,Valor Total: R\$1.054,00, Destinatário: HOSPITAL BOM JESUS- HBJ PRACA IRMA PAULINA, 23561 - CENTRO - ITUPORANGA/SC |   | NF-e           |
| DATA DE RECEBIMENTO  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.413.439 |
|  |   | SÉRIE: 1       |