

## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

CENTRO ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO  
ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV  
Av. José dos Santos Diniz, 880 - B. Europa  
Contagem / MG - CEP - CEP 32.043-000  
Processo 045/2018

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>Banco Receptor:</b>         | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL          |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                  |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 18.216.366/0001-68               |
| <b>Nome:</b>                   | ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA |
| <b>Conta de débito:</b>        | 0086 / 003 / 00003858-3          |

|                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 34191.09008 00595.130022 30687.110004 5<br>80760000140000 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | ITAU UNIBANCO S.A.                                        |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 341                                                       |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 60701190                                                  |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |                                                           |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | ATOMED PROD M DE AUX HUM LTDA                             |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ATOMED PROD M DE AUX HUM LTDA                             |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 01.035.382/0001-51                                        |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |                                                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 18.216.366/0003-20                                        |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |                                                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA                          |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 18.216.366/0001-68                                        |

|                                          |               |
|------------------------------------------|---------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 17/11/2019    |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 18/11/2019    |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.400,00      |
| <b>Juros (R\$):</b>                      | 0,00          |
| <b>IOF (R\$):</b>                        | 0,00          |
| <b>Multa (R\$):</b>                      | 0,00          |
| <b>Desconto (R\$):</b>                   | 140,00        |
| <b>Abatimento (R\$):</b>                 | 0,00          |
| <b>Valor Calculado (R\$):</b>            | 1.260,00      |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.260,00      |
| <b>Identificação do Pagamento:</b>       | NF 258 ATOMED |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 18/11/2019 13:46:15 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 022664959        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 05FZ20SVH31MR338 |

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

|                                                                                                                      |                                         |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| RECEBEMOS DE ATOMED PRODUTOS MEDICOS E DE AUXILIO HUMANO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                         | NF-e                     |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                                  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | N. 000000258<br>SÉRIE 70 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Identificação do emitente</b><br/> <b>ATOMED PRODUTOS MEDICOS E DE AUXILIO HUMANO LTDA</b><br/>         RUA XAVIER DA SILVEIRA, 45<br/>         Complemento: SOBRE LOJA 2<br/>         COPACABANA Cep:22061-010<br/>         RIO DE JANEIRO/RJ<br/>         Fone: 552121049120</p> | <p><b>DANFE</b><br/>         DOCUMENTO AUXILIAR DA<br/>         NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br/>         0-ENTRADA<br/>         1-SAÍDA</p> <p>N. 000000258<br/>         SÉRIE 70<br/>         FOLHA 01/01</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b><br/> <b>3319 0901 0353 8200 0151 5507 0000 0002 5810 0269 9990</b></p>                                                                                                  |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br/>         www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada</p>                                                                     |                                                                                    |

|                                                                              |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>333190132382558 19/09/2019 09:33:26-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>85798278                                               | INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.<br>CNPJ<br>01.035.382/0001-51                   |

|                                                                                   |                        |                           |                                     |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| DESTINATARIO/REMETENTE                                                            |                        | CNPJ/CPF                  |                                     | DATA DE EMISSÃO                  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZON |                        | 18.216.366/0003-20        |                                     | 19/09/2019                       |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE DOS SANTOS DINIZ,880                                          |                        | BAIRRO/DISTRITO<br>EUROPA | CEP<br>32043-000                    | DATA ENTRADA/SAÍDA<br>19/09/2019 |
| MUNICÍPIO<br>CONTAGEM                                                             | FONE/FAX<br>3134896938 | UF<br>MG                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>0032942490055 | HORA ENTRADA/SAÍDA<br>09:29:00   |
| FATURA                                                                            |                        |                           |                                     |                                  |
| 001                                                                               |                        |                           |                                     |                                  |
| 17/11/2019                                                                        |                        |                           |                                     |                                  |
| 1.400,00                                                                          |                        |                           |                                     |                                  |

|                                  |                         |                                              |                                    |                                      |                                 |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CALCULO DO IMPOSTO               |                         |                                              |                                    |                                      |                                 |
| VALOR DE CALCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1.400,00 |                                 |
| 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>1.400,00 |

|                                     |         |                               |             |                    |              |          |
|-------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------|--------------------|--------------|----------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS |         |                               |             |                    |              |          |
| RAZÃO SOCIAL                        |         | FRETE POR CONTA<br>1-DEST/REM | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF           | CNPJ/CPF |
| ENDEREÇO                            |         | MUNICÍPIO                     | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |              |          |
| QUANTIDADE                          | ESPECIE | MARCA                         | NUMERAÇÃO   | PESO BRUTO         | PESO LIQUIDO |          |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO                                                                                                                                                                                                         |                                                |          |     |      |    |        |           |          |         |        |       |        |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|-----------|----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| COD. PROD                                                                                                                                                                                                                          | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.                       | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT. | VUNITARIO | VTOTAL   | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
| 159238                                                                                                                                                                                                                             | CHEER 60 MINIBTE NANO - 27656863/45<br>949505/ | 90214000 | 140 | 6108 | UN | 2,00   | 700,00000 | 1.400,00 | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |
| <p><b>CENTRO ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO</b><br/> <b>ANTÔNIO DE OLIVEIRA - CER IV</b><br/> <b>Av. José dos Santos Diniz, 880 - B. Europa</b><br/> <b>Contagem / MG - CEP - CEP 32.043-000</b><br/> <b>Processo 045/2018</b></p> |                                                |          |     |      |    |        |           |          |         |        |       |        |       |

|                     |                          |                          |                |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CALCULO DO ISSQN    |                          |                          |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>MERC ISENTA DE ICMS CONF CONVENIO ICMS 126 DE 24/09/10 ALIQ ZERO DE PIS e COFINS CONF LEI N 12.741 2012</p> <p>Protocolo: 333190132382558</p> <p>PAULO ESTEVAM ELOI - CAT B PEDIDO DE VENDA 171407</p> | RESERVADO AO FISCO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Itaú Banco Itaú

341-7

CENTRO ESPECIALIZADOS EM REABILITACAO  
 ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV  
 Av. José dos Santos Diniz, 880 - B. Europa  
 Contagem / MG - CEP - CEP 32.043-000  
 Processo 045/2018

## Comprovante de Entrega

|                                                                                  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| Local de Pagamento                                                               |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Vencimento                  |  |
| ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ. |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 17/11/2019                  |  |
| Beneficiário                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Agência/Código Beneficiário |  |
| ATOMED PRODUTOS MEDICOS E DE AUXILIO HUMANO LTDA CNPJ: 01.035.382/0001-51        |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0023/06871-1                |  |
| Pagador                                                                          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nosso Número                |  |
| ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE B          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 109/00005951-3              |  |
| Data do Processamento                                                            | Nº do Documento | Especie da Moeda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$                         |  |
| 19/09/2019                                                                       | 70 000000258    | R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.400,00                    |  |
| Recebi(emos) o boleto/Título com as características acima.                       | Data.           | Assinatura.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |  |
| Data                                                                             | Entregador      | Motivos de não entrega. (Para uso da empresa entregadora).<br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Desconhecido<br><input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Outros (Anotar no verso) |                             |  |

Itaú Banco Itaú

341-7

34191.09008 00595.130022 30687.110004 5 80760000140000

|                                                                                                                  |                 |                  |                                                                                                                                                                 |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Local de Pagamento                                                                                               |                 |                  | Vencimento                                                                                                                                                      |                    |
| ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.                                 |                 |                  | 17/11/2019                                                                                                                                                      |                    |
| Beneficiário                                                                                                     |                 |                  | Agência/Código Beneficiário                                                                                                                                     |                    |
| ATOMED PRODUTOS MEDICOS E DE AUXILIO HUMANO LTDA CNPJ: 01.035.382/0001-51                                        |                 |                  | 0023/06871-1                                                                                                                                                    |                    |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista                                                                         |                 |                  |                                                                                                                                                                 |                    |
| RUA XAVIER DA SILVEIRA, 45 - COPACABANA, RIO DE JANEIRO, RJ - CEP: 22061-010                                     |                 |                  |                                                                                                                                                                 |                    |
| Data Documento                                                                                                   | Nº do Documento | Especie Doc.     | Aceite                                                                                                                                                          | Data Processamento |
| 19/09/2019                                                                                                       | 70 000000258    | DM               | N                                                                                                                                                               | 19/09/2019         |
| Uso do Banco                                                                                                     | Carteira        | Especie da Moeda | Quantidade                                                                                                                                                      | Valor Moeda        |
|                                                                                                                  | 109             | R\$              |                                                                                                                                                                 |                    |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do beneficiário)                                                           |                 |                  | Nosso Número                                                                                                                                                    |                    |
| DESCONTO DE 10%                                                                                                  |                 |                  | 109/00005951-3                                                                                                                                                  |                    |
| MORA DIA/COM. PERMANENCIA ... 1, , ,                                                                             |                 |                  | (=) Valor do Documento<br>1.400,00<br>(-) Desconto/Abatimento<br>(-) Outras Deduções<br>(+) Mora/Multa<br>(+) Outros Acréscimo<br>(=) Valor Cobrado<br>1.400,00 |                    |
| Pagador                                                                                                          |                 |                  | Código de Baixa                                                                                                                                                 |                    |
| ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE B (01858043-01) - CNPJ: 18.216.366/0003-20 |                 |                  | Autenticação Mecânica                                                                                                                                           |                    |
| Sacador/Avalista                                                                                                 |                 |                  |                                                                                                                                                                 |                    |

Itaú Banco Itaú

341-7

34191.09008 00595.130022 30687.110004 5 80760000140000

|                                                                                                                  |          |                  |                                                                                                                                                                 |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Local de Pagamento                                                                                               |          |                  | Vencimento                                                                                                                                                      |             |
| ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.                                 |          |                  | 17/11/2019                                                                                                                                                      |             |
| Beneficiário                                                                                                     |          |                  | Agência/Código Beneficiário                                                                                                                                     |             |
| ATOMED PRODUTOS MEDICOS E DE AUXILIO HUMANO LTDA CNPJ: 01.035.382/0001-51                                        |          |                  | 0023/06871-1                                                                                                                                                    |             |
| Data Documento                                                                                                   |          |                  |                                                                                                                                                                 |             |
| 19/09/2019                                                                                                       |          |                  |                                                                                                                                                                 |             |
| Uso do Banco                                                                                                     | Carteira | Especie da Moeda | Quantidade                                                                                                                                                      | Valor Moeda |
|                                                                                                                  | 109      | R\$              |                                                                                                                                                                 |             |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do beneficiário)                                                           |          |                  | Nosso Número                                                                                                                                                    |             |
| DESCONTO DE 10%                                                                                                  |          |                  | 109/00005951-3                                                                                                                                                  |             |
| MORA DIA/COM. PERMANENCIA ... 1, , ,                                                                             |          |                  | (=) Valor do Documento<br>1.400,00<br>(-) Desconto/Abatimento<br>(-) Outras Deduções<br>(+) Mora/Multa<br>(+) Outros Acréscimo<br>(=) Valor Cobrado<br>1.400,00 |             |
| Pagador                                                                                                          |          |                  | Código de Baixa                                                                                                                                                 |             |
| ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE B (01858043-01) - CNPJ: 18.216.366/0003-20 |          |                  | Autenticação Mecânica                                                                                                                                           |             |
| Sacador/Avalista                                                                                                 |          |                  | Ficha de Compensação                                                                                                                                            |             |



**PAGUE-SE**  
 DATA: 18 / 11 / 19  
 ASS: *[Handwritten Signature]*