



Comprovante de Pagamento de Boleto

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:	23793.37609 20000.018943 06000.225703 1 84130000456000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CM HOSPITALAR SA
Nome/Razão Social:	CM HOSPITALAR SA
CPF/CNPJ:	12.420.164/0001-57
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL 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 Boleto:	4.560,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	4.560,00
Valor Pago (R\$):	4.560,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSP NF 2140385

Data/hora da operação:	19/10/2020 11:22:22
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	093406784
Chave de segurança:	VZHYFG4CALHF1EWX

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



237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro. Documento 002140385	() Mudou-se () Ausente () Não existe nº indicado () Recusado () Não procurado () Endereço insuficiente () Desconhecido () Falecido () Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE	Vencimento 19/10/2020	Valor do Documento 4.560,00	
Recebi(emos) o boleto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Recibo do Pagador



237-2

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					Vencimento 19/10/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002257-8
Data do Documento 09/10/2020	Nro. Documento 002140385	Espécie Doc. DM	Acete N	Data do Processamento 09/10/2020	Nosso Número 02/00000189406-1
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 4.560,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 9,12 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000			Código Interno: 000247-0001 CNPJ: 52.852.100/0001-40		



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



237-2

23793.37609 20000.018943 06000.225703 1 84130000456000

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					Vencimento 19/10/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002257-8
Data do Documento 09/10/2020	Nro. Documento 002140385	Espécie Doc. DM	Acete N	Data do Processamento 09/10/2020	Nosso Número 02/00000189406-1
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 4.560,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 9,12 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000			Código Interno: 000247-0001 CNPJ: 52.852.100/0001-40		



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



MAFRA

Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A (CTL)
 BIXO 3, SN
 Complemento: QD 9A, MÓDULO 26 A 30
 DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685
 CATALAO/GO
 Fone: 55643210505

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA 1
 1-SAIDA 1
 N. 002140385
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5220 1012 4201 6400 0319 5500 1002 1403 8511 0016 4162
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 152203483129253 09/10/2020 20:39:20-03:00
 CNPJ
 12.420.184/0003-19

URERA DA OPERAÇÃO
 NDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE
 CRIÇÃO ESTADUAL
 3022500

NOME/RAZÃO SOCIAL
 IRMÃNDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)
 ENDEREÇO
 R CARLOS KIELANDER,396, CXPST. 180
 MUNICÍPIO
 MONTE ALTO
 FONE/FAX
 1632443244

CNPJ/CPF
 52.952.100/0001-40
 CEP
 15910-000
 INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO
 09/10/2020
 DATA ENTRADA/SAÍDA
 HORA ENTRADA/SAÍDA

COD. PROD	DESCR PROD	ESPECIE	MARCA	QUANTIDADE	CMH/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC. ICMS ST	BC. ICMS	VLR ICMS	VLR ICMS ST	% ICMS	ALIQ. IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D. VALID.	D. FABR.
111111	CLEXANE (ENOXAPA RINA) 60MG C/2 S ER SAFETY LOCK OL - SANOFI AVEN TIS	Diversos		3	30049099	200	6108	CX	100,00000	45,6000000	4.560,00	0,00	4.560,00	182,40	0,00	4,00%	0,00%	100	AS236A	28/02/2022	04/03/2020
<p>RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS 13/10/2020 Maíra Almeida</p>											<p>DIGITADO 13/10/2020 Per. B. Lucas</p>										
<p>VALOR DO ICMS 182,40</p> <p>BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00</p> <p>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 4.560,00</p> <p>VALOR TOTAL DA NOTA 4.560,00</p>											<p>VALOR DO ICMS 0,00</p> <p>BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00</p> <p>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DO IPI 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DA NOTA 4.560,00</p>										
<p>VALOR DO FRETE 0,00</p> <p>DESCONTO 0,00</p> <p>VALOR DO SEGURO 0,00</p> <p>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00</p> <p>BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00</p> <p>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 4.560,00</p> <p>VALOR TOTAL DA NOTA 4.560,00</p>											<p>VALOR DO ICMS 0,00</p> <p>BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00</p> <p>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DO IPI 0,00</p> <p>VALOR TOTAL DA NOTA 4.560,00</p>										
<p>PAZÃO SOCIAL HEALTH LOG T5279</p> <p>ENDEREÇO RUA OSASCO 949</p> <p>MUNICÍPIO CAJAMAR</p> <p>UF SP</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p>											<p>PLACA DO VEÍCULO UF</p> <p>CÓDIGO ANTT UF</p> <p>NUMERAÇÃO 3</p> <p>PESO BRUTO 3</p> <p>PESO LIQUIDO 3</p>										
<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 121282</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Pedido: DECU63 Rep.: 000249 Nº da OS 600002182453 (P) 600002182454 (G) Total</p>											<p>RESERVAÇÃO AO FISCO Termo de repasse 008/2020-1 Pago com recurso Federal: 4.560,00 Pago com recurso própria</p>										

Conferido com o documento original