



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Nome:	IRMANDADE MISER H S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00022250-1

Representação numérica do código de barras:	23793.37609 20000.018943 08000.225709 8 84130000915300
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:	IRMANDADE MISER HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	19/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	19/10/2020
Valor Nominal do Boletto:	9.153,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	9.153,00
Valor Pago (R\$):	9.153,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF 2140387

Data/hora da operação:	19/10/2020 16:05:49
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	093936735
Chave de segurança:	3T4SYR4ZLMJ5R362

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

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cod. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro. Documento 002140387	() 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 9.153,00	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Recibo do Pagador

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 002140387	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 09/10/2020	Nosso Número 02/00000189408-8
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 9.153,00
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\$ 18,31 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

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 002140387	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 09/10/2020	Nosso Número 02/00000189408-8
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 9.153,00
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\$ 18,31 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





DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTAFISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA 1-1 SAIDA
N. 002140387
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A. (CTL)
EIXO 3, SN
Complemento: QD 9A, MODULO 26 A 30
DISTR. MINERO IND. CAT CEP: 75709-985
CATALÃO/GO
Fone: 55643210505

GRUPO MAFRA
NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5220 1012 4201 6400 0319 5500 1002 1403 8711 0006 6718

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152203483130475 08/10/2020 20:39:38-03.00

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		INSC. ESTADUAL		CNPJ		DATA DE EMISSÃO	
				12.420.164/0003-19		09/10/2020	
NOME RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF		CEP		DATA ENTRADA/SAÍDA	
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)		52.852.100/0001-40		15910-000			
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		UF		HORA ENTRADA/SAÍDA	
R CARLOS KIELANDER,396, CXPST. 180		CENTRO		SP			
MUNICÍPIO		FONE/FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
MONTE ALTO		1832443244					
001							
9.153,00							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
9.153,00		366,12		0,00		9.153,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		9.153,00	
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		UF		CNPJ/CPF	
HEALTH LOG T 5279		O-EMITENTE		SP		18.320.396/0001-10	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
RUA OSASCO 949		CAJAMAR		SP			
QUANTIDADE		MARCA		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
8				13		13	
COD. PROD		DESCR PROD		CST		CFOP	
444444		CLEAXANE (ENOXAPA RINA) 40MG C/10		200		6108	
		SER SAF LOW PRECENDIDO E CONFERIDO MERCADORIAS		CX			
		13/10/2020					
		Munone Silva					
		DIGITAL					
		10/2020					
		Por. Eliane					
		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		VALOR	
						RECURSO PÚBLICO FEDERAL	
						012/2020-1	
						9.153,00	
						Pago com recurso Federal.	
						Pago com recurso entidade	
						Contarido com o documento original	

Pedido: DECUC6
Rep.: 000249
Nº de OS Volumes
600002182596 (P) 2
600002182597 (G) 6
Total 8

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
resol 13/2012 do Senado Federal - Produto(s) 444444
EDI FIDELIZE-SANOFI - NR.: 2854592 - PEDIDO 114966184.1
Nosso Pedido: DECUC6 - IE DIFALDESTINO N 809010441110/Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza -
FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 1281,42. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Cha 16/10