



## Comprovante de Pagamento de Boletó

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>	IRMANDADE MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 0002249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02283.220008 01657.147177 1 84210000309000
<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>CM HOSPITALAR S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CM HOSPITALAR S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>12.420.164/0001-57</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CM HOSPITALAR S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	12.420.164/0001-57
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MISERICORDIA DO H
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	27/10/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/10/2020
<b>Valor Nominal do Boletó:</b>	3.090,00
<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>	3.090,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	3.090,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CM HOSPITALAR NF 381276

<b>Data/hora da operação:</b>	20/10/2020 15:45:13
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	094825813
<b>Chave de segurança:</b>	QUP8S1Y5U0H3RU0J

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 CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA CNPJ: 12.420.164/0009-04	Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9	Nro Documento 000381276-001/002	( ) 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 27/10/2020	Valor do Documento 3.090,00	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>27/10/2020</b>	
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04 ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000	Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9	
Data do Documento 30/09/2020	Nro. Documento 000381276-001/002	Espécie Doc. DM
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espece R\$
	Aceite N	Data do Processamento 30/09/2020
	Quantidade	Valor
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	Nosso Número 22832200001657147	
	Valor do Documento <b>3.090,00</b>	
	(-) Desconto/Abatimento	
	(-) 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 Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>27/10/2020</b>	
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04 ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000	Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9	
Data do Documento 30/09/2020	Nro. Documento 000381276-001/002	Espécie Doc. DM
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espece R\$
	Aceite N	Data do Processamento 30/09/2020
	Quantidade	Valor
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	Nosso Número 22832200001657147	
	Valor do Documento <b>3.090,00</b>	
	(-) Desconto/Abatimento	
	(-) 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





## Comprovante de Pagamento de Boletto

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>	IRMANDADE MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02283.220008 01657.148175 4 84280000309000
<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>CM HOSPITALAR S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CM HOSPITALAR S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>12.420.164/0001-57</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CM HOSPITALAR S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	12.420.164/0001-57
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MISERICORDIA DO H
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	03/11/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/10/2020
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	3.090,00
<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>	3.090,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	3.090,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CM HOSPITALAR NF 381276

<b>Data/hora da operação:</b>	20/10/2020 15:45:38
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	094826677
<b>Chave de segurança:</b>	S57CX02L2G82CMAH

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



001-9

Comprovante de Entrega

Beneficiário CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA CNPJ: 12.420.164/0009-04		Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9	Nro.Documento 000381276-002/002	( ) 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 03/11/2020	Valor do Documento 3.090,00	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.		Data	Assinatura	
		Data	Entregador	



001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.				Vencimento <b>03/11/2020</b>	
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04 RÓD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000				Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9	
Data do Documento 30/09/2020	Nro.Documento 000381276-002/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 30/09/2020	Nosso Número 22832200001657148
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>3.090,00</b>
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\$ 6,18 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMÁTICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE				(-)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		<b>MAFRA</b>	
Sacador/Avalista		Autenticação Mecânica			



001-9

00190.00009 02283.220008 01657.148175 4 84280000309000

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.				Vencimento <b>03/11/2020</b>	
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04 RÓD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000				Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9	
Data do Documento 30/09/2020	Nro.Documento 000381276-002/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 30/09/2020	Nosso Número 22832200001657148
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>3.090,00</b>
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\$ 6,18 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMÁTICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE				(-)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		<b>MAFRA</b>	
Sacador/Avalista		Autenticação Mecânica			

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Identificação do emitente  
CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA

ROD DF 290, SN  
Complemento: LT 14 GL 2 AR 5 6 7  
SANTA MARIA CEP: 72578-000  
BRASILIA/DF  
Fone: 566121043407

UNIDOP  
IAFRA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA 1  
1-SALIDA  
N. 000381276  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
5320 0912 4201 6400 0904 5500 1000 3812 7611 0020 7163

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  
353200043778714 30/09/2020 20:31:44-03:00

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.  
8070105/14114

RAZÃO SOCIAL  
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)

CNPJ  
12.420.164/0009-04

CNPJ/CPP  
52.852.100/0001-40

DATA DE EMISSÃO  
30/09/2020

ENDERECO  
R CARLOS KIELANDER,396, CXPST- 180

BARRIO/DISTRITO  
CENTRO

DATA ENTRADA/SAIDA

FONE/FAX  
1632443244

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAIDA

001  
27/10/2020  
3.090,00

002  
03/11/2020  
3.090,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
6.180,00

VALOR DO ICMS  
247,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST  
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
6.180,00

VALOR DO FRETE  
0,00

VALOR DO SEGURO  
0,00

DESCONTO  
0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00

VALOR TOTAL DO IPI  
0,00

VALOR TOTAL DA NOTA  
6.180,00

RAZÃO SOCIAL  
HEALTH LOG T 5279

FRETE POR CONTA  
0-EMTENTE

CÓDIGO ANTI  
0-EMTENTE

PLACA DO VEÍCULO

UF  
SP

CNPJ/CPP  
18.320.396/0001-10

ENDERECO  
RUA OSASCO 949

MUNICIPIO  
CAJAMAR

NUMERAÇÃO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE  
1

ESPECIE  
Diversos

MARCA

PESO BRUTO  
3

PESO LÍQUIDO  
3

COD. PROD DESCR PROD  
202314 MYCAMINE 100 MG  
CX C/01 FIA (G)

QUANT. V.UNITARIO  
20.0000 309,0000000

BC. ICMS  
6.180,00

BC. ICMS ST  
0,00

VLR ICMS  
247,20

ALIQ. IPI Q. LOTE LOTE PROD.  
0,00% 4,00% 20 028381

D. FABR.  
28/02/2023 01/03/2020

RECEBUELA E CONFERIDO  
MERCADORIAS  
S/ALTO 1200  
Aylh

DIGITADO  
N. 347  
OS 10 2020  
P. ALTO

ARMAZEM DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
CPA 8/10  
CONTABILIDADE

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

RECURSO PÚBLICO FEDERAL  
COVID 19

Termo de Isenção  
RESERVADO AO FISCO  
013/2020-1

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COTACAO 2989 - Obscv: PEDIDO EMERGENCIAL // VERBA COVID  
Nosso Pedido: 399567 - IE DIFAL/DESTINO N 80701051414Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza -  
FCP de UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 865,20. Valor do ICMS  
Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

Pedido: 399567

Rep.: 000249

Nº da OS  
000000469148 (P)

Volumes  
1

Total  
1

Pago com recurso Federal: 6.180,00

Pago com recurso entidade

Compartido com o documento original