



## 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>	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>	23793.37609 20000.019511 42000.225708 6 84240000250580
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>12.420.164/0001-57</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA
<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>	30/10/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	26/10/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	2.505,80
<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>	2.505,80
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.505,80
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CM HOSPITALAR NF 845767

<b>Data/hora da operação:</b>	26/10/2020 14:34:58
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	000720245
<b>Chave de segurança:</b>	1PMCX65G63L8F2ZV

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. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro.Documento 000845767	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE	Vencimento 30/10/2020	Valor do Documento 2.505,80	
Recebi(emos) o boleto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

## Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO	Vencimento 30/10/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002257-8
Data do Documento 21/10/2020	Nosso Número 02/00000195142-1
Nro.Documento 000845767	Valor do Documento 2.505,80
Espécie Doc. DM	(-)Desconto/Abatimento
Aceite N	(-)Outras Deduções
Data do Processamento 21/10/2020	(+)Mora/Multa
Use do Banco	(+)Outros Acréscimos
Carteira 02	(=)Valor Cobrado
Espécie R\$	
Quantidade	
Valor	
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 5,01 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMÁTICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).	
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	<b>MAFRA</b> Autenticação Mecânica

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO	Vencimento 30/10/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002257-8
Data do Documento 21/10/2020	Nosso Número 02/00000195142-1
Nro.Documento 000845767	Valor do Documento 2.505,80
Espécie Doc. DM	(-)Desconto/Abatimento
Aceite N	(-)Outras Deduções
Data do Processamento 21/10/2020	(+)Mora/Multa
Use do Banco	(+)Outros Acréscimos
Carteira 02	(=)Valor Cobrado
Espécie R\$	
Quantidade	
Valor	
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 5,01 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMÁTICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).	
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	<b>MAFRA</b> Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



Identificação do emitente  
**C M HOSPITALAR S.A (RPO)**  
 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727  
 DISTRITO EMPRESARIAL CEP: 14072-055  
 RIBEIRÃO PRETO/SP  
 Fone: 561621019400

UF: SP  
 FONE/FAX: 1632443244

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTES CARLOS

ENDEREÇO: R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST. 180

MUNICÍPIO: MONTE ALTO

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15910-000

CEP: 13200-000

DATA DE EMISSÃO: 21/10/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA: 21/10/2020

HORA ENTRADA/SAÍDA

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAÍDA

CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 3520 1012 4201 6400 0157 5500 1000 8457 6711 0000 6490

CONSULTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135200963918610 21/10/2020 20:49:53-03.00

CNPJ: 12.420.164/0001-57

CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15910-000

SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E  
 WWW.NF.E.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADA

**RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19**  
 0131 2080-1  
 2.505,80  
 Termo de depósito  
 Pagamento com recurso Federal: 2.505,80  
 Confirmando com o documento original  
 Pago com recurso entidade  
 Banco/DISTRITO CENTRO

001  
 30/10/2020  
 2.505,80  
 VALOR DO ICMS: 303,76  
 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00  
 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 2.505,80  
 VALOR DO FRETE: 0,00  
 VALOR DO SEGURO: 0,00  
 RAZÃO SOCIAL: HEALTH LOG T 5279  
 ENDEREÇO: RUA OSASCO 949  
 MUNICÍPIO: CAJAMAR  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 71  
 PESO BRUTO: 71  
 PESO LÍQUIDO: 71

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VLR TOTAL	BC ICMS ST	VLR ICMS ST	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI Q. LOTE/LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
000370	SERINGA DESC S/A G 20ML L SLIP C/ 250 BD REF.99017 3 - BECTON DICKI NSON - INJ (INJE CTION)	90183119	500	5102	CX	16,0000	153,425000	2.454,80	0,00	0,00	294,58	12,00%	0,00%	31/05/2025	01/06/2020
003344	SONDA ASP TRAQ C /VALV N08 (SPYRA SUGA) C/10 2703 G - EMBRAME	90183929	000	5102	PC	6,0000	8,500000	51,00	0,00	0,00	9,16	18,00%	0,00%	30/04/2023	01/05/2020

**RECEBIDO E CONFERIDO**  
 MERCADORIAS  
 13/10/20  
 [Assinatura]

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: 71

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 2.505,80

VALOR DO ICMS: 303,76

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 2.505,80

VALOR DO FRETE: 0,00

VALOR DO SEGURO: 0,00

RAZÃO SOCIAL: HEALTH LOG T 5279

ENDEREÇO: RUA OSASCO 949

MUNICÍPIO: CAJAMAR

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 71

PESO BRUTO: 71

PESO LÍQUIDO: 71

NUMERAÇÃO: 71

PLACA DO VEÍCULO: UF SP

CÓDIGO ANTT: UF SP

PRETE POR CONTA 0-EMITENTE

DESCONTO: 0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00

VALOR TOTAL DO IPI: 0,00

CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15910-000

CEP: 13200-000

DATA DE EMISSÃO: 21/10/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA: 21/10/2020

HORA ENTRADA/SAÍDA

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTES CARLOS

ENDEREÇO: R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST. 180

MUNICÍPIO: MONTE ALTO

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15910-000

CEP: 13200-000

DATA DE EMISSÃO: 21/10/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA: 21/10/2020

HORA ENTRADA/SAÍDA

REPETIDO: 99CQSG  
 Rep.: 000249  
 Nº da OS: 600002164208 (G)  
 600002164208 (P)  
 Volumes: 16  
 Total: 17

RESERVADO AGRICULTOR: 2020

Por: [Assinatura]

**DIGITADO**

Nº 255 VALOR DO ISSQN