



Comprovante de Pagamento de Bolet

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:	00190.00009 02283.220008 01634.686172 2 83880000030500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CM HOSPITALAR S.A.
Nome/Razão Social:	CM HOSPITALAR S.A.
CPF/CNPJ:	12.420.164/0001-57
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	CM HOSPITALAR S.A.
CPF/CNPJ:	12.420.164/0001-57
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MISERICORDIA DO H
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:	24/09/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	11/09/2020
Valor Nominal do Bolet	305,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	305,00
Valor Pago (R\$):	305,00

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:49:38
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055710028
Chave de segurança:	1AS4MNRK7SVX8MKQ

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 1916-X/00007143-9	Nro. Documento 000828275	() Mudou-se () Ausente
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE	Vencimento 24/09/2020	Valor do Documento 305,00	() Não existe nº indicado () Recusado () Não procurado
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	() Endereço insuficiente () Desconhecido
	Data	Entregador	() Falecido () Outros (anotar no verso)

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 24/09/2020				
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 1916-X/00007143-9				
Data do Documento 26/08/2020	Nro. Documento 000828275	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 26/08/2020	Nosso Número 22832200001634686
Usó do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 305,00
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\$ 0,61 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO 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



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 24/09/2020				
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 1916-X/00007143-9				
Data do Documento 26/08/2020	Nro. Documento 000828275	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 26/08/2020	Nosso Número 22832200001634686
Usó do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 305,00
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\$ 0,61 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO 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



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Identificação do emiteinte
C M HOSPITALAR S.A (RPO)
 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
 DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-035
 RIBEIRAO PRETO/SP
 Fone: 551621019400



DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA 1
 1-SAIDA
 N. 000828275
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 3520 0812 4201 6400 0157 5500 1000 8282 7511 0005 1050

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
 135200744225454 26/08/2020 20:51:51-03:00

CNPJ
 12.420.164/0001-57

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.
 CNPJ/CPF
 52.852.100/0001-40

DATA DE EMISSÃO
 26/08/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA

CEP
 15910-000

HORA ENTRADA/SAÍDA

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

ENDEREÇO
 R CARLOS KIELANDER,396. CXPST. 180

MUNICÍPIO
 MONTE ALTO

FONE/FAX
 1632443244

UF
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

001	24/08/2020	305,00	VALOR DO ICMS	38,60	VALOR DO ICMS ST	0,00	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	305,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00	UF	UF	UF
RAZÃO SOCIAL	HEALTH LOG T5279	ENDEREÇO	RUA OSASCO 949	MUNICÍPIO	CAJAMAR	UF	SP	PLACA DO VEICULO	UF	UF	UF	UF
CNPJ/CPF	18.320.396/0001-10	INSCRIÇÃO ESTADUAL		PESO BRUTO	6	PESO LÍQUIDO	6					

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%C/MS	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 (UNJE CTION)	90183119	500	5102	CX	2,0000	152,500000	305,00	305,00	0,00	0,00	12,00%	0,00%	1	10044990	28/02/2025	01/03/2020
<p>RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS 27.08.2020 IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO CAJAMAR - SP 27.08.2020 RECURSO FUNDADO COVID 19</p>																	

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	20000696	RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	ARTIGO 54. DO RICMS-SP - Produto(s): 000370	Pedido: 99C155	
	PEDIDO:2574	Rep.: 000249	
	Nosso Pedido: 99C155	Nº da OS	2
		600002140970 (G)	2
		Volume	2
		Total	2

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
 VALOR DO ISSQN

BASE DE CALCULO DO ISSQN

RESERVADO AO FISCO

Pedido: 99C155
 Rep.: 000249
 Nº da OS
 600002140970 (G) 2
 Volume 2
 Total 2

Termo de recebeme 008 2020-1

Pago com recurso Federal: 305,00

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original