



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 01634.552176 1 83880000050910
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:	509,10
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	509,10
Valor Pago (R\$):	509,10
Identificação do Pagamento:	CM HOSP NF218880

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:50:52
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055711951
Chave de segurança:	WTMAHA2Z9RWX9ZHA

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 C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9	Nro. Documento 002118880	<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 24/09/2020	Valor do Documento 509,10	
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 24/09/2020
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 1916-X/00007143-9
Data do Documento 26/08/2020	Nro. Documento 002118880
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 26/08/2020	Nosso Número 22832200001634552
Uso do Banco	Carteira 17/019
Espécie R\$	Quantidade
Valor	Valor do Documento 509,10
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\$ 1,02 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 Código Interno: 000247-0001
R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO CNPJ: 52.852.100/0001-40
MONTE ALTO - SP - 15910000



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 02283.220008 01634.552176 1 83880000050910

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 24/09/2020
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 1916-X/00007143-9
Data do Documento 26/08/2020	Nro. Documento 002118880
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 26/08/2020	Nosso Número 22832200001634552
Uso do Banco	Carteira 17/019
Espécie R\$	Quantidade
Valor	Valor do Documento 509,10
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\$ 1,02 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 Código Interno: 000247-0001
R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO CNPJ: 52.852.100/0001-40
MONTE ALTO - SP - 15910000



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



