



Comprovante de Pagamento de Boleto

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:	23793.37609 20000.016517 77000.225704 4 83880000063000
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:	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 Boleto:	630,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	630,00
Valor Pago (R\$):	630,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF 2120163

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:51:35
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055713029
Chave de segurança:	R6UCAEJ8Z95X9QMT

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/Cód. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro. Documento 002120163-001/002	() 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 24/09/2020	Valor do Documento 630,00	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					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 3376-6/00002257-8
Data do Documento 28/08/2020	Nro. Documento 002120163-001/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/08/2020	Nosso Número 02/00000165177-0
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 630,00
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\$ 1,26 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 Código Interno: 000247-0001
R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO CNPJ: 52.852.100/0001-40
MONTE ALTO - SP - 15910000



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					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 3376-6/00002257-8
Data do Documento 28/08/2020	Nro. Documento 002120163-001/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/08/2020	Nosso Número 02/00000165177-0
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 630,00
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\$ 1,26 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 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





Comprovante de Pagamento de Boletó

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	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:	23793.37609 20000.016517 78000.225702 1 83950000063000
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:	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	01/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	11/09/2020
Valor Nominal do Boletó:	630,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	630,00
Valor Pago (R\$):	630,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF 2120163

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:52:34
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055714565
Chave de segurança:	AAH5X7XNP7TLXL27

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/Cód. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro.Documento 002120163-002/002	() 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 01/10/2020	Valor do Documento 630,00	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.		Data	Assinatura	
		Data	Entregador	

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO				Vencimento 01/10/2020
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 28/08/2020	Nro.Documento 002120163-002/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/08/2020
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)				Nosso Número 02/00000165178-9
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 1,26 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).				Valor do Documento 630,00
				(-)Desconto/Abatimento
				(-)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

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO				Vencimento 01/10/2020
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 28/08/2020	Nro.Documento 002120163-002/002	Espécie Doc. DM	Acelte N	Data do Processamento 28/08/2020
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)				Nosso Número 02/00000165178-9
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 1,26 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).				Valor do Documento 630,00
				(-)Desconto/Abatimento
				(-)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





Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A (CTL)
 EIXO 3, SN
 Complemento: QD 9A, MODULO 26 A 30
 DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685
 CATALAO/GO
 Fone: 5664321-0956

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA 1
 1-SAIDA
 N. 002120163
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5220 0812 4201 6400 0319 5500 1002 1201 6311 0002 3136
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizadora



NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NÃO CONTRIBUINTE
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 105022500

NOME/RAZÃO SOCIAL
 IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE
 ENDEREÇO
 R CARLOS KIELANDER,366, CXPST: 180
 MUNICÍPIO
 MONTE ALTO

BAIRRO/DISTRITO
 CENTRO
 CEP
 15910-000
 UF
 SP
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 CNPJ/JCFF
 52.852.100/0001-40
 DATA DE EMISSÃO
 28/08/2020
 DATA ENTRADA/SAÍDA

QUANTIDADE	ESPECIE	DESCR. PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC. ICMS ST	VLR ICMS ST	% ICMS	ALIQ. IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D. VALID.	D. FABR.	
1	Diversos	VANCOMICINA HCL 500MG (GEN) POL IOF CI 50 FIA - TELUO IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO	30042071	020	6108	CX	6,0000	210,000000	1.260,00	0,00	126,00	0,00	12,00%	0,00%	6	1935423	01/02/2022	01/02/2020
		VALOR DO ICMS	126,00															
		VALOR DO FRETE	0,00															
		VALOR DO SEGURO	0,00															
		DESCONTO	0,00															
		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	0,00															
		RAZÃO SOCIAL HEALTH LOG T5279																
		ENDEREÇO RUA OSASCO 949																
		MUNICÍPIO CAJAMAÍ																
		CÓDIGO ANTT																
		PLACA DO VEICULO																
		UF	SP															
		UF	SP															
		INSCRIÇÃO ESTADUAL																
		CNPJ/JCFF	18.320.398/0001-10															
		PESO BRUTO	10															
		PESO LÍQUIDO	10															
		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	1.260,00															
		VALOR TOTAL DA NOTA	1.260,00															

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 31/08/2020
[Assinatura]

RECEBIDO E CONFERIDO
 31/08/2020
[Assinatura]

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	RESERVADO AO FISCO
121262			COVID 19
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			Termo de repasse
ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.862/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 008509			008/2020-1
PEDIDO 10981281.1			Pago com recurso Federal: 1.260,00
Nosso Pedido: DEC879 - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110			Pago com recurso entidade
Pedido: DEC879			
Rep.: 000249			
Nº da OS			
600002156547 (9)			
1			
Total			
1			