



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02283.220008 01645.411172 8 84080000228000
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:	14/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	23/09/2020
Valor Nominal do Boletto:	2.280,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.280,00
Valor Pago (R\$):	2.280,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF 2129066

Data/hora da operação:	23/09/2020 14:54:02
-------------------------------	---------------------

Código da operação: 067449909
Chave de segurança: U0WUP6A91CCWJT13

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 1916-X/00007143-9	Nro. Documento 002129066-001/002	<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 14/10/2020	Valor do Documento 2.280,00	
Receb(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 14/10/2020
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 1916-X/00007143-9
Data do Documento 17/09/2020	Nro. Documento 002129066-001/002	Espécie Doc. DM	Acéite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 22832200001645411
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.280,00
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\$ 4,56 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 14/10/2020
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 1916-X/00007143-9
Data do Documento 17/09/2020	Nro. Documento 002129066-001/002	Espécie Doc. DM	Acéite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 22832200001645411
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.280,00
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\$ 4,56 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





Comprovante de Pagamento de Boletto

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 01645.412170 2 84150000228000
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:	21/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	23/09/2020
Valor Nominal do Boletto:	2.280,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.280,00
Valor Pago (R\$):	2.280,00
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF 2129066

Data/hora da operação:	23/09/2020 14:55:54
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	067452193
Chave de segurança:	RTKTWLX96N85W33M

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 1916-X/00007143-9	Nro. Documento 002129066-002/002	<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 21/10/2020	Valor do Documento 2.280,00	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 21/10/2020				
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 1916-X/00007143-9				
Data do Documento 17/09/2020	Nro. Documento 002129066-002/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 22832200001645412
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.280,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					<input type="checkbox"/> Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 4,56 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE					<input type="checkbox"/> Outras Deduções
					<input type="checkbox"/> Mora/Multa
					<input type="checkbox"/> Outros Acréscimos
					<input type="checkbox"/> 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 - 15810000



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 21/10/2020				
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 1916-X/00007143-9				
Data do Documento 17/09/2020	Nro. Documento 002129066-002/002	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 22832200001645412
Uso do Banco	Carteira 17/019	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.280,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					<input type="checkbox"/> Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 4,56 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE					<input type="checkbox"/> Outras Deduções
					<input type="checkbox"/> Mora/Multa
					<input type="checkbox"/> Outros Acréscimos
					<input type="checkbox"/> 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 - 15810000



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A (CTL)
BIXO 3, SN
Complemento: QD 9A, MODULO 26 A 30
DISTR. JIÑERO IND. CAT CEP: 75705-885
CATALAO/GO
Fone: 556432210505

GRUPO MAFRA
CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5220 0912 4201 6400 0319 5500 1002 1290 6611 0024 3110
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE
INSCRIÇÃO ESTADUAL 105022500
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.
N.º 002129066
SÉRIE 1
FOLHA 01/01
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152203424178545 17/09/2020 14:18:30-03.00
CNPJ 12.420.164/0003-19

NO ME/RAZÃO SOCIAL
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)
CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40
DATA DE EMISSÃO 17/09/2020
ENDEREÇO R CARLOS KIELANDER,396, CXPST: 180
BAIRRO/DISTRITO CENTRO
CEP 15910-000
DATA ENTRADA/SAIDA
MUNICIPIO MONTE ALTO
FONE/FAIX 1632443244
INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAIDA

001 14/10/2020 21/10/2020 2.280,00
002 2.280,00
BASE DE CALCULO DO ICMS 4.560,00
VALOR DO ICMS 182,40
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 4.560,00
VALOR DO FRETE 0,00
VALOR DO SEGURO 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA 4.560,00
RAZÃO SOCIAL HEALTH LOG T5279
CNPJ/CPF 18.320.396/0001-10
PLACA DO VEICULO
UF SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL

COD. PROD	DESCR PROD	ESPECIE	MARCA	QUANTIDADE	UN	CFOP	CST	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	O.VALID.	D.FABR.
111111	CLEXANE (ENOXAPARA) 60MG C/2 S ER SAFETY LOOK OL - SANOFI AVEN TIS	Diversos		100,0000	CX	6108	200	45,600000	4.560,00	4.560,00	0,00	182,40	0,00	4,00%	0,00%	100	AS288A	28/02/2022	01/03/2020
<p>RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS 18/09/20 N.º 198 18/09/2020 Par. J. G. L. A. T.</p>										<p>IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO CONTABILIDADE</p>									
<p>RESERVADO AO FISCO Termo de repasse 008 2020-1</p>										<p>Pago com recurso Federal: 4.560,00</p>									
<p>Pago com recurso entidade</p>										<p>Confissão nome e documento original</p>									

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 121282
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CALCULO DO ISSQN
PESO BRUTO 3
PESO LIQUIDO 3
NUMERAÇÃO
MUNICIPIO CAJAMAR
UF SP

RECURSO FISCAL FEDERAL COVID 19
Pedido: DECIWU Rep.: 000249
Nº da OS 600002169229 (G) 2
600002169228 (P) 1
Total 3
Volumes