



Comprovante de Pagamento de Boletto

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: | 00190.00009 02283.220008 01648.154175 5 84150000045600 |
| 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: | 01/10/2020 |
| Valor Nominal do Boletto: | 456,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 456,00 |
| Valor Pago (R\$): | 456,00 |
| Identificação do Pagamento: | CM NF837094 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 01/10/2020 15:27:03 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 075767704 |
| Chave de segurança: | JTUGJH0T0EF1VQ3M |

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



BANCO DO BRASIL

001-9

Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57 | Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9 | Nro.Documento 000837094-001/002 | <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 21/10/2020 | Valor do Documento 456,00 | |
| Recebi(emos) o bloqueto/titulo com as características acima. | Data | Assinatura | |
| | Data | Entregador | |



BANCO DO BRASIL

001-9

Recibo do Pagador

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|---|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento 21/10/2020 |
| 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 1916-X/00007143-9 |
| Data do Documento 24/09/2020 | Nro.Documento 000837094-001/002 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 24/09/2020 | Noosso Número 22832200001648154 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 456,00 |
| 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\$ 0,91 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 R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000 | | | Código Interno: 000247-0001 CNPJ: 52.852.100/0001-40 | | |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02283.220008 01648.154175 5 84150000045600

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|---|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento 21/10/2020 |
| 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 1916-X/00007143-9 |
| Data do Documento 24/09/2020 | Nro.Documento 000837094-001/002 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 24/09/2020 | Noosso Número 22832200001648154 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 456,00 |
| 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\$ 0,91 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 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 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 01648.155172 1 84220000045600 |
| 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 |

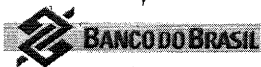
| | |
|--|-------------|
| Data do Vencimento: | 28/10/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 01/10/2020 |
| Valor Nominal do Bolet: | 456,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 456,00 |
| Valor Pago (R\$): | 456,00 |
| Identificação do Pagamento: | CM NF837094 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 01/10/2020 15:27:42 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 075768906 |
| Chave de segurança: | 484HSVQ3J6ZK9SQX |

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. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57 | | Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9 | Nro.Documento 000837094-002/002 | () Mudou-se () Ausente |
| Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE | | Vencimento 28/10/2020 | Valor do Documento 456,00 | () Não existe nº indicado () Recusado () Não procurado |
| Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima. | | Data | Assinatura | () Endereço insuficiente () Desconhecido |
| | | Data | Entregador | () Falecido () Outros (anotar no verso) |



001-9

Recibo do Pagador

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento 28/10/2020 |
| 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 1916-X/00007143-9 |
| Data do Documento 24/09/2020 | Nro.Documento 000837094-002/002 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 24/09/2020 | Nosso Número 22832200001648155 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 456,00 |
| 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\$ 0,91 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



001-9

00190.00009 02283.220008 01648.155172 1 84220000045600

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento 28/10/2020 |
| 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 1916-X/00007143-9 |
| Data do Documento 24/09/2020 | Nro.Documento 000837094-002/002 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 24/09/2020 | Nosso Número 22832200001648155 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 456,00 |
| 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\$ 0,91 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





DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTAFISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA 1-1 SAIDA
N. 000837094 / SÉRIE 1 FOLHA 01/01

Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A (RPO)
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055
RIBEIRÃO PRETO/SP
Fone: 551621019400



NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL 582557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40
DATA DE EMISSÃO 24/09/2020

CEP 15910-000
DATA ENTRADA/SAÍDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
UF SP
HORA ENTRADA/SAÍDA

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200850205572 24/09/2020 13:19:57-03:00

CNPJ 12.420.164/0001-57

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

BAIRRO/DISTRITO CENTRO

FONE/FAX 1632443244
MUNICÍPIO MONTE ALTO

002 28/10/2020 456,00
VALOR DO ICMS 164,16

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00
VALOR DO FRETE 0,00

RAZÃO SOCIAL HEALTH LOG T 5279
MUNICÍPIO CAJAMAR

QUANTIDADE 2
ESPECIE Diversos

VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 912,00
VALOR TOTAL DA NOTA 912,00

PLACA DO VEÍCULO
UF SP

NUMERAÇÃO 2
PESO BRUTO 2
PESO LÍQUIDO 2

COD. PROD 111111
DESCR PROD CLEXANE (ENOXAPA RINA) 60MG C/2 S ER SAFETY LOCK OL - SANOFI AVEN TIS

QUANT. 20,0000
V. UNITARIO 45,600000
VLR TOTAL 912,00

BC. ICMS 912,00
BC. ICMS ST 0,00
VLR ICMS ST 0,00

ALIQ. IPI 0,00%
%ICMS 18,00%
VLR ICMS ST 0,00

Q. LOTE 20
LOTE PROD. AS286A
D. FABR. 01/03/2020

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
VALOR TOTAL DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 20000696

RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS
N.º 25109/2020
Por: *[Assinatura]*

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Nosso Pedido: 99CHYP
EDI FIDELIZE-SANOPI - NR.: 2697431 OC 2916
CONTABILIDADE
[Assinatura]

Pedido: 99CHYP
Rep.: 000249
Nº da OS 600002152653 (P)
Volumes 2
Total 2

RECURSO PÚBLICO FEDERAL
VALOR DO RECURSO COVID 19

RESERVADO AO FISCO
TOMO DE PASSAGE 008/2020
Pago com recurso Federal: 912,00
Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original