



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:	IRMANDADE MISER H S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00022250-1

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02283.220008 01686.251172 8 84900002407120
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:	IRMANDADE MISER HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	04/01/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	11/12/2020
Valor Nominal do Boleto:	24.071,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	24.071,20
Valor Pago (R\$):	24.071,20
Identificação do Pagamento:	CM HOSPITALAR NF2165378

Data/hora da operação: 11/12/2020 13:39:41

Código da operação: 046481400
Chave de segurança: GH6UYZ724X7A5VNF

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 002165378	<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 04/01/2021	Valor do Documento 24.071,20	
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 04/01/2021
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 02/12/2020	Nro.Documento 002165378	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2020	Noosso Número 22832200001686251
Uso do Banco	Carteira 17/019	Especie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 24.071,20
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\$ 48,14 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"/> Outras 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 - 15910000



Sacador/Avallista

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 02283.220008 01686.251172 8 84900002407120

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 04/01/2021
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 02/12/2020	Nro.Documento 002165378	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2020	Noosso Número 22832200001686251
Uso do Banco	Carteira 17/019	Especie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 24.071,20
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\$ 48,14 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"/> Outras 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 - 15910000



Sacador/Avallista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



