



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 MIS HOSP S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00022249-8

Representação numérica do código de barras:	03399.51774 97900.000114 83322.001013 1 85760001525500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CM HOSPITALAR S.A.
Nome/Razão Social:	CM HOSPITALAR S.A.
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:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	31/03/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	15/03/2021
Valor Nominal do Boleto:	15.255,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	15.255,00
Valor Pago (R\$):	15.255,00
Identificação do Pagamento:	CM NF2207234

Data/hora da operação: 15/03/2021 10:19:08

Código da operação: 074326958

Chave de segurança: A5YSJ7TNC90U4AXL

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



033-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 0467-4/13003078	Nro.Documento 002207234	<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 31/03/2021	Valor do Documento 15.255,00	
Recebi(emos) o bloquete/titulo com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Recibo do Pagador



033-7

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 31/03/2021
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 0467-4/13003078
Data do Documento 04/03/2021	Nro.Documento 002207234	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 04/03/2021	Nosso Número 11833220
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 15.255,00
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\$ 30,51 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



033-7

03399.51774 97900.000114 83322.001013 1 85760001525500

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 31/03/2021
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-885					Agência/Código do Beneficiário 0467-4/13003078
Data do Documento 04/03/2021	Nro.Documento 002207234	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 04/03/2021	Nosso Número 11833220
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 15.255,00
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\$ 30,51 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



Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A (CTL)
 EIXO 3, SN
 Complemento: QD 9A, MODULO 26 A 30
 DIST. MINERO IND. CAT CEP:75705-685
 CATALAO/GO
 Fone: 556432210505

GRUPO MAFRA

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRONICA
 0-ENTRADA
 1-SAIDA
 N. 002207234
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5221 0312 4201 6400 0319 5500 1002 2072 3411 0030 0029

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

ATUAREZA DA OPERAÇÃO
 ENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 05022500

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 152213873362638 04/03/2021 17:49:24-03:00

CNPJ
 12.420.164/0003-19

DATA DE EMISSÃO
 04/03/2021

DATA ENTRADA/SAÍDA

CNPJ/CPF
 52.852.100/0001-40

CEP
 15910-000

HORA ENTRADA/SAÍDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FONE/FAX
 1632443244

UF SP

BAIRRO/DISTRITO
 CENTRO

NOME/RAZÃO SOCIAL
 IRMÃNDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)

ENDEREÇO
 R CARLOS KIELANDER,396, CXPST: 180

MUNICÍPIO
 MONTE ALTO

UF SP

001
 31/03/2021
 15.255,00

BASE DE CALCULO DO ICMS
 VALOR DO ICMS
 610,20

DESCONTO
 0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS ST
 0,00

VALOR DO ICMS ST
 0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
 15.255,00

VALOR DO FRETE
 0,00

VALOR DO SEGURO
 0,00

DESCONTO
 0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
 0,00

VALOR TOTAL DO IPI
 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA
 15.255,00

RAZÃO SOCIAL
 HEALTH LOG T5279

FRETE POR CONTA
 0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

UF
 SP

CNPJ/CPF
 18.320.396/0001-10

UF
 SP

ENDEREÇO
 RUA OSASCO 949

MUNICÍPIO
 CAJAMAR

UF
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
 23

PESO LÍQUIDO
 23

OD. PROD
 444444

DESCR PROD
 CLEXANE (ENOXAPA
 RINA) 40MG C/10
 SER SAF LOOK OL
 - SANOFI AVENTIS

QUANT.
 200

VAL. UNITARIO
 152.550000

VLR TOTAL
 15.255,00

BC.ICMS
 15.255,00

BC.ICMS ST
 0,00

VLR ICMS
 610,20

VLR ICMS ST
 0,00

%ICMS
 4,00%

ALIQ.IPI
 0,00%

Q. LOTE
 100

LOTE LOTE PROD.
 A S906A

D.VALID.
 31/08/2022

D.FABR.
 24/09/2020

DIGITADO
 N: 08/03/2021

RECURSO PUBLICO FEDERAL
 COVID 19

Termo de repasse

013/2020-1

Pago com recurso Federal: 15.255,00

Pago com recurso entidade

RESERVAÇÃO FISCAL

RESERVAÇÃO FISCAL DO DOCUMENTO ORIGINAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

VALOR COM RECURSO ENTIDADE

RESERVAÇÃO FISCAL DO DOCUMENTO ORIGINAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

resol 13/2012 do senado federal - Produto(s): 444444
 161228559 EDI FIDELIZE-SANOFI - NR.: 4176042

Nosso Pedido: DEFH64 - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110 Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 2435,70 Valor do ICMS BICORDIA DO INTERESTADUAL PARA A UF DO REMETENTE: R\$ 0.

Interestadual para a UF de remeteinte: R\$ 0.

Pedido: DEFH64

Rep.: 000249

Nº da OS
 600002262616 (P)
 600002262617 (C)

Volumes
 1
 11

Total
 12