



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	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:	23793.37609 20000.028090 88000.225701 2 85890000152550
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:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	13/04/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	31/03/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.525,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.525,50
Valor Pago (R\$):	1.525,50
Identificação do Pagamento:	CM NF2213764

Data/hora da operação:	31/03/2021 10:31:40
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	090179484
Chave de segurança:	QY8LUVN6ETRSTRZ2

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

237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002257-8	Nro.Documento 002213764	() Mudou-se () Ausente
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE	Vencimento 13/04/2021	Valor do Documento 1.525,50	() Não existe nº indicado () Recusado () Não procurado
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	() Endereço insuficiente () Desconhecido
	Data	Entregador	() Falecido () Outros (anotar no verso)

237-2

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					Vencimento 13/04/2021
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 3376-6/00002257-8
Data do Documento 17/03/2021	Nro.Documento 002213764	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/03/2021	Nosso Número 02/00000280988-2
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.525,50
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\$ 3,05 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 R CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000			Código Interno: 000247-0001 CNPJ: 52.852.100/0001-40	

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

237-2

23793.37609 2000.028090 88000.225701 2 85890000152550

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO					Vencimento 13/04/2021
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 3376-6/00002257-8
Data do Documento 17/03/2021	Nro.Documento 002213764	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/03/2021	Nosso Número 02/00000280988-2
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.525,50
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\$ 3,05 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 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
 DST. MINERO IND. CAT CEP:75709-685
 CATALAO/GO
 Fone: 556432210505

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA 1
 1-SAIDA
 N. 002213764
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5221 0312 4201 6400 0319 5500 1002 2137 6411 0020 6946

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



MAFRA
 GRUPO

ATAREZA DA OPERAÇÃO
 TENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE (000247-0001)
 BAIRRO/DISTRITO CENTRO
 CEP 15910-000
 FONE/FAX 1632443244
 UF SP
 INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 05022500

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 152213906172370 17/03/2021 22:15:26-03:00

CNPJ
 12.420.164/0003-19

DATA DE EMISSÃO
 17/03/2021

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

BASE DE CALCULO DO ICMS
 1.525,50

VALOR DO ICMS
 61,02

BASE DE CALCULO DO ICMS ST
 0,00

VALOR DO ICMS ST
 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
 1.525,50

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
 1.525,50

RAZÃO SOCIAL
 HEALTH LOG T5279

ENDEREÇO
 RUA OSASCO 949

MUNICIPIO
 CAJAMAR

UF
 SP

UF
 SP

PLACA DO VEÍCULO

CÓDIGO ANTT

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ/CPPF
 18.320.396/0001-10

PESO BRUTO
 3

PESO LIQUIDO
 3

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
444444	CLEXANE (ENOXAPA RINA) 40MG C/10 SER SAF LOOK OL - SANOFI AVENTIS	30049099	200	6108	CX	10,0000	152,550000	1.525,50	1.525,50	0,00	61,02	0,00	4,00%	0,00%	10	AS878C	31/08/2022	22/09/2020
<p>RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS N.º 18/103/2021 Manual</p>																		
<p>DIGITADO N.º 245 19/03/21 Manual</p>																		
<p>RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19 Termo de repasse 013/2020-1 Pago com recurso Federal: 1525,50</p>																		

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
 121282

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

VALOR DO ISSQN

RESERVADO AO FISCO
Conferido com o documento original

Pedido: DEFNOI
 Rep.: 000249

Nº da OS
 600002270633 (G) 1
 600002270632 (P) 1

Total
 2

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 resol 13/2012 do Senado Federal - Produto(s): 444444
 EDI FIDELIZE-SANOFI - NR.: 4350872
 Nosso Pedido: DEFNOI - 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: Valor ad ICMS DO INTERESTADUAL para a UF do remetente: R\$ 0.

HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
 29/1

CONTABILIDADE