



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38
<b>Nome:</b>	STA CASA DE MISERICORDIA
<b>Conta de débito:</b>	3334   003   00000692-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 01247.623000 00000.951178 6 92170000250000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>Nome/Razão Social:</b>	CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	07.569.029/0001-38
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	STA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38

<b>Data do Vencimento:</b>	01/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	02/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	2.500,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.500,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.500,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CHOLMED NF 48495

<b>Data/hora da operação:</b>	02/01/2023 14:33:37
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	002951940
<b>Chave de segurança:</b>	7X62A91QEKUMF1X1

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  
AÍD CAIXA: 0800 104 0104



CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA  
AV. ALEXANDER GRAHAN BELL, 200 BLOCO C UNIDADE C03  
Cep:13069-310 - CAMPINAS - SP  
Fone:(19)3262-2471

BANCO DO BRASIL

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: <b>CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA AV. ALEXANDER GRAHAN BELL, 200 BLOCO C UNIDADE C03 - 13069-310-CAMPINAS-SP - 07.569.029/0001-38</b>	Agência/Cod.Beneficiário <b>2913-0/0107362-1</b>	Data do Documento <b>02/12/2022</b>	Vencimento <b>01/01/2023</b>
Pagador: <b>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA (6130) RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,015 - CENTRO 11630-000 - ILHABELA-SP</b>	Número Documento: <b>48495-01</b>	Nosso Número: <b>12476230000000951</b>	Valor do Documento: <b>2.500,00</b>

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 01247.623000 00000.951178 6 92170000250000

Local de Pagamento: <b>Pagável em qualquer banco</b>					Vencimento <b>01/01/2023</b>
Beneficiário <b>CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 07.569.029/0001-38</b>					Agência/Cód.Beneficiário <b>2913-0/0107362-1</b>
Endereço Beneficiário <b>AV. ALEXANDER GRAHAN BELL, 200 BLOCO C UNIDADE C03 - 13069-310-CAMPINAS-SP</b>					
Data do documento: <b>02/12/2022</b>	No. do documento <b>48495-01</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>02/12/2022</b>	Nosso Número <b>12476230000000951-8</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie Moeda <b>RS</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>2.500,00</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) <b>PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 2,50 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 250,00</b>					(-) Descontos/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa  (+) Outros Acréscimos  (=) Valor Cobrado

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA (6130)  
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,015 - CENTRO  
11630-000 - ILHABELA-SP  
50.320.605/0001-38

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**CHOLMED**

**CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**  
 AV. ALEXANDER GRAHAN BELL, 200 - BLOCO C UNIDADE C03  
 TECHNO PARK - 13069-310  
 CAMPINAS - SP Fone/Fax: 1932622471

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA**1**Nº. 000.048.495  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3522 1207 5690 2900 0138 5500 1000 0484 9510 0077 1830

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDAS**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135221682814186 - 02/12/2022 11:29:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL

244672423119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

07.569.029/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

02/12/2022

ENDEREÇO

**RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 015**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

**ILHABELA**

UF

**SP**

FONE / FAX

1238961710

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

**RUA PREF MARIANO PROC DE ARAUJO CARVALHO, 086**

BAIRRO / DISTRITO

**PEREQUE**

CEP

11630-000

MUNICÍPIO

**ILHABELA**

UF

**SP**

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	01/01/2023
Valor	RS 2.500,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.-FCP	TOTAL PRODUTOS
2.500,00	450,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.500,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.500,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

**DIA ENTREGUE - TRANSPORTE DE ENCOMENDAS URGENTES LTDA**

FRETE POR CONTA

**0-Remetente**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

07.290.287/0001-80

ENDEREÇO

**RUA DONA CONCHETA PADULA, 184**

MUNICÍPIO

**CAMPINAS**

UF

**SP**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

795134691119

QUANTIDADE

**1**

ESPÉCIE

**Volumes**

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

**2,000**

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
347	ESTEEM+ 1 PC DURA DREN REC OP 19/64 1706276/CONVATEC/BR10406 Lote: 2D01971 Qt: 50 Val: 20/04/27	30069110	200	5102	UN	50	50,0000	2.500,00	2.500,00	450,00			18,00	

Secretaria de Saúde  
07 DEZ 2022  
Almoxarifado da Saúde  
**RECEBIDO**

RECEBIMENTO  
Tipo  
Subgrupo  
07/12/22  
SANDRO  
Assinatura e carimbo

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:

PEDIDO DE COMPRA: COMPRA DIRETA

Vendedor: 44-ARIELA RODRIGUES MORENO SANTOS Id Mov: 77181

Inf. fisco:

Valor Aprox Tributos Federal: RS 411,00 Estadual: RS 300,00 Municipal: RS 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO



## Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP  
CEP 11630-000 - Fone 3896-5766  
Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 123-6/2022

FORNECEDOR: CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 07.569.029/0001-38

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: ALAN DOS SANTOS

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	5	CX	BOLSA DRENÁVEL PARA ESTOMIA KARAYA – TRANSPARENTE – TAMANHO DA BARREIRA: 76 MM, ABERTURA: 64 MM, COMPRIMENTO: 40 CM - CX C/ 10 UNIDADES	CONVATEC	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 2.500,00

ORÇAMENTO SANTA CASA Nº 124/2022

**OBSERVAÇÃO:** CONFORME MEMORANDO HOSPITAL M.G.M.C.JNR (FARMACIA) Nº 135/2022

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 28 DIAS

**LOCAL DE ENTREGA:** ALMOX. DA SAUDE - R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 05 DIAS.

*Jose D. ... da Silva*  
CPF: 47.801.156-8  
Coordenador de Compras  
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela  
01.12.2022

01/12/2022

**APROVADO**  
01/12/2022.  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA  
*[Signature]*