



## 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>	23793.37609 90000.067687 92000.249406 1 92190000064000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	CM HOSPITALAR SA
<b>Nome/Razão Social:</b>	CM HOSPITALAR SA
<b>CPF/CNPJ:</b>	12.420.164/0001-57
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
<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>	03/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	03/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	640,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IDF (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>	640,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	640,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CM HOSPITALAR NF 1053955

<b>Data/hora da operação:</b>	03/01/2023 13:00:02
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	003365061
<b>Chave de segurança:</b>	K7L97M1AJ3SQUAQ7

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  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

**Bradesco****237-2**

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002494-5	Nro.Documento 001053955	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA	Vencimento 03/01/2023	Valor do Documento 640,00	
Recebi(emos) o bloquete/titulo com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

**Bradesco****237-2**

Recibo do Pagador

Local de Pagamento REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO					Vencimento <b>03/01/2023</b>
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 3376-6/00002494-5
Data do Documento 05/12/2022	Nro.Documento 001053955	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 05/12/2022	Nosso Número 09/00000676892-2
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>640,00</b>
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\$ 1,28 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 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15 - CENTRO ILHABELA - SP - 11630000			Código Interno: 108553-0001 CNPJ: 50.320.605/0001-38		
Sacador/Avalista			<b>MAFRA</b>		

Autenticação Mecânica

**Bradesco****237-2****23793.37609 90000.067687 92000.249406 1 92190000064000**

Local de Pagamento REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO					Vencimento <b>03/01/2023</b>
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 3376-6/00002494-5
Data do Documento 05/12/2022	Nro.Documento 001053955	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 05/12/2022	Nosso Número 09/00000676892-2
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>640,00</b>
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\$ 1,28 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 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15 - CENTRO ILHABELA - SP - 11630000			Código Interno: 108553-0001 CNPJ: 50.320.605/0001-38		
Sacador/Avalista			<b>MAFRA</b>		

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação







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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA **1**  
 1-SAÍDA

**N. 001053955**  
**SÉRIE 1**  
**FOLHA 01/02**



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3522 1212 4201 6400 0157 5500 1001 0539 5511 6787 2143

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

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135221696930639 05/12/2022 18:34:36-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 582557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ  
 12.420.164/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE	NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (108553-0001)				CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38		DATA DE EMISSÃO 05/12/2022	
	ENDEREÇO AV PROF MALAQUIAS DE OLIV FREITAS,154			BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 11630-000		DATA ENTRADA/SAÍDA
	MUNICÍPIO ILHABELA		FONE/FAX 0121238965766		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA	001 03/01/2023 640,00
--------	-----------------------------

CÁLCULO DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO DO ICMS 640,00	VALOR DO ICMS 115,20	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 640,00
	VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	RAZÃO SOCIAL R16 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR T8968			FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 18.320.396/0001-10
	ENDEREÇO AV. RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 500			MUNICÍPIO CAJAMAR		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 15,0000	PESO LÍQUIDO 15,0000
---------------------------------------	-----------------	-------------------	-------	-----------	-----------------------	-------------------------

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.
009196	MALHA TUBULAR 06 CMX 15MT MSO - ROLO - MSO-MATER IAL HOSPITALAR	60029010	000	5102	RL	80,0000	6,150000	492,00	492,00	0,00	88,56	0,00	18,00%	0,00%	80	100576	01/08/2027	01/08/2022
136934	CADARCO VASCULAR VESSEL LOOPS ASP EN AZUL 1X406MM PCT C/2 - ASPEN SIRURGICAL	90189099	200	5102	PCT	10,0000	14,800000	148,00	148,00	0,00	26,64	0,00	18,00%	0,00%	10	240980	01/12/2025	01/12/2020

ISSQN	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 20000696	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
-------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------

DADOS ADICIONAIS	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DIFAL nao devido a unidade federada de destino a partir de 01/01/2022 - Produto(s): 009196; 136934 O.C. 123-16/2022 - End. entrega: Rua Prefeito Mariano Procopio de Araujo Carvalho, 86, Pereque, Ilha Bela, SP Almoxarifado Saude Nosso Pedido: 99KHK4 A Viveo possui o Programa de Integridade e a Política Antissuborno como ferramentas que direcionam e orientam a todos a atuarem com etica, moralidade, integridade e transparencia. Para maiores informacoes, acesse	Pedido: 99KHK4 Rep: 001351 Nº da OS: 06 600002521709	RESERVADO AO FISCO
	Total	1	

*João C. Almeida*  
 RG: 13.599.302-3  
 Supervisor

Secretaria de Saúde  
 07 FEZ 2022

Almoxarifado de Saúde  
 RECEBIDO

RECEBIMENTO  
 Tipo INSUMOS  
 Subgrupo

08/12/22  
 JOÃO PEDRO  
 Assinatura e carimbo

NF-e

Nº 001053955  
SÉRIE 1  
EMPRESA 001001  
000004900443

TICKET



RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (RPO) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (108553-0001)

DADOS  
ADICIONAIS

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

**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA 1  
1-SAÍDAN. 001053955  
SÉRIE 1  
FOLHA 02/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3522 1212 4201 6400 0157 5500 1001 0539 5511 6787 2143

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da SEFAZ Autorizada

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135221696930639 05/12/2022 18:34:36-03:00

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 582557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ  
 12.420.164/0001-57

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
<https://www.viveo.com.br/compliance>

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 123-16/2022

FORNECEDOR: CM HOSPITALAR S.A.

CNPJ: 12.420.164/0001-57

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: ANA DORNER

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	10	PCT	<b>CADARÇO VASCULAR AZUL TAMANHO 1,0MM X 406MM</b> Prodotido de silicone de grau médico em forma elíptica para oclusão mais eficiente, radiopaco, estéril, tamanho 0,8 x 406 milímetros. tipo vessel loop. Pacote com 02 unidades.	ASPEN	R\$ 14,80	R\$ 148,00
2	80	RL	<b>MALHA TUBULAR ORTOPÉDICA 6CM X 15M</b> Tecido 100% algodão cru ou misto; com elasticidade no sentido transversal e compressão uniforme; embalado em material que garanta a integridade do produto	MSO	R\$ 6,15	R\$ 492,00

VALOR DO PEDIDO R\$ R\$ 640,00

PROPOSTA CM Nº 7217895 ORÇ. STCASA Nº 124/2022

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

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENT: ALMOXARIFADO DA SAUDE - RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO, 86

PEREQUE CEP 11.630-000

PRAZO DE ENTREGA: 05 DIAS

  
José Deryson da Silva  
RG 77.002.156-8  
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

