



## 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 20000.114643 87000.202405 8 92180000777920
<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>	02/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	02/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	7.779,20
<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>	7.779,20
<b>Valor Pago (R\$):</b>	7.779,20
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CM HOSPITALAR NF 2473586

**Data/hora da operação:** 02/01/2023 14:34:30

**Código da operação:** 002954877  
**Chave de segurança:** QQ87VNWKZJ8WU8VW

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  
AI6 CAIXA: 0800 104 0104

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

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 3376/00002024-9	Nro. Documento 002473586	( ) 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 02/01/2023	Valor do Documento 7.779,20	
Recebi(emos) o bloquete/titulo com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

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

Recibo do Pagador

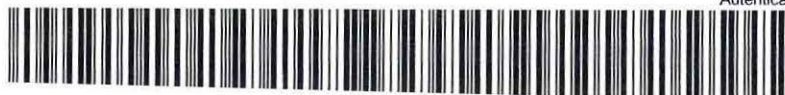
Local de Pagamento REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO				Vencimento <b>02/01/2023</b>
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685				Agência/Código do Beneficiário 3376/00002024-9
Data do Documento 02/12/2022	Nro. Documento 002473586	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2022
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor <b>7.779,20</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\$ 15,56 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				Autenticação Mecânica

**Bradesco****237-2****23793.37609 20000.114643 87000.202405 8 92180000777920**

Local de Pagamento REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO				Vencimento <b>02/01/2023</b>
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 3376/00002024-9
Data do Documento 02/12/2022	Nro. Documento 002473586	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2022
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor <b>7.779,20</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\$ 15,56 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				Autenticação Mecânica

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:75709-685  
 CATALAO/GO  
 Fone: 556432210505

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA **1**  
 1-SAÍDA  
**N. 002473586**  
**SÉRIE 1**  
**FOLHA 01/02**



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 5222 1212 4201 6400 0319 5500 1002 4735 8614 1792 4618

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 152225754598444 02/12/2022 19:48:59-03:00

CNPJ  
 12.420.164/0003-19

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

INSCRIÇÃO ESTADUAL 105022500 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**  
 NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA (108553-0001)  
 CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38  
 DATA DE EMISSÃO: 02/12/2022  
 ENDEREÇO: AV PROF MALAQUIAS DE OLIV FREITAS,154  
 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO  
 CEP: 11630-000  
 DATA ENTRADA/SAÍDA  
 MUNICIPIO: ILABELA  
 FONE/FAX: 0121238965766  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 HORA ENTRADA/SAÍDA

**FATURA**  
 001  
 31/12/2022  
 7.779,20

**CALCULO DO IMPOSTO**  
 BASE DE CALCULO DO ICMS: 7.600,63  
 VALOR DO ICMS: 375,44  
 BASE DE CALCULO DO ICMS ST: 0,00  
 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 7.779,20  
 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: 7.779,20

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**  
 RAZÃO SOCIAL: T4162 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA  
 FRETE POR CONTA: 0-EMITENTE  
 CÓDIGO ANTT  
 PLACA DO VEÍCULO  
 UF  
 CNPJ/CPF: 18.320.396/0001-10  
 ENDEREÇO: RUA OSASCO 949 GALPAO D  
 MUNICIPIO: CAJAMAR  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1  
 ESPECIE: CAIXAS  
 MARCA  
 NUMERAÇÃO  
 PESO BRUTO: 1,0000  
 PESO LIQUIDO: 1,0000

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.
002910	CURATIVO BLOOD S TOP (BLOOD STOP) BEGE C/500 ADES IV - AMP	30059090	020	6108	RL	80,0000	13,390000	1.071,20	892,63	0,00	107,12	0,00	12,00%	0,00%	80	38322	30/09/2025	01/09/2022
796929	INDICADOR BIOLOGICO P/VAPOR 24 HS BT20/6 CX 100 (I) - TERRAGEN E	38210000	100	6108	PCT	12,0000	559,000000	6.708,00	6.708,00	0,00	268,32	0,00	4,00%	0,00%	12	20261	31/05/2024	01/05/2022

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 121282 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN

**DADOS ADICIONAIS**  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 DIFAL nao devido a unidade federada de destino a partir de 01/01/2022 - Produto(s): 796929; 002910  
 ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 002910  
 O.C. 123-17/2022 End. entrega: Rua Prefeito Mariano Procopio de Araujo Carvalho, 86, Pereque, Ilha Bela, SP  
 Almoxarifado Saude  
 Nosso Pedido: DEPDL3  
 A Viveo possui o Programa de Integridade e a Política Antissuborno como ferramentas que direcionam e orientam

Pedido: DEPDL3  
 Rep.: 001857  
 Nº da OS  
 600002690953 (1)

RESERVA AO FISCO

Total 1

SECRETARIA DE SAÚDE  
 07 DEZ 2022  
 RECEBIMENTO  
 Tipo INSUMO  
 Subgrupo  
 06/12/2022  
 Assinatura e carimbo

NF-e

Nº 002473586

SÉRIE 1

EMPRESA 001003

00000498764

TICKET



RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (CTL) 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 (CTL)**

EIXO 3, SN

Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30

DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685

CATALAO/GO

Fone: 556432210505

**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTAFISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAÍDA

1

N. 002473586

SÉRIE 1

FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

5222 1212 4201 6400 0319 5500 1002 4735 8614 1792 4618

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

152225754598444 02/12/2022 19:48:59-03:00

CNPJ

12.420.164/0003-19

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
105022500

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

a todos a atuarem com ética, moralidade, integridade e transparência. Para maiores informações, acesse  
<https://www.viveo.com.br/compliance> - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110

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 123-17/2022

FORNECEDOR: CM HOSPITALAR S.A.

CNPJ: 12.420.164/0003-19

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: ANA DORNER

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	80	CX	<b>CURATIVO PÓS-PUNÇÃO REDONDO - TIPO "BLOOD STOP</b> Absorvente adesivo hipoalergênico para uso após coleta de sangue ou aplicação de injeções. Elaborado com matéria-prima de alta qualidade (fita microporosa, disco absorvente de tecido agulhado) e protegido por papel siliconado. Embalados individualmente em envelope com sistema de abertura em pétala e esterilizados por óxido de etileno. Modelo adulto. Apresentação: caixa com rolo com 500 unidades.	AMP	R\$ 13,39	R\$ 1.071,20
2	12	CX	<b>INDICADOR BIOLÓGICO PARA TESTE 24/48 HORAS - CAIXA COM 100 UNIDADES</b>	TERRAGENE	R\$ 559,00	R\$ 6.708,00

VALOR DO PEDIDO R\$ R\$ 7.779,20

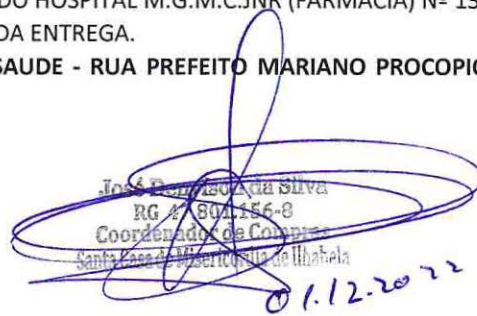
PROPOSTA CM Nº 7218239 ORÇ. STCASA Nº 124/2022

**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 Domingos da Silva  
RG 4.807.156-8  
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

