



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

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

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09305 00821.497385 51732.110005 5 92540000120000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CORTICAL V C PROD C LTDA EPP
Nome/Razão Social:	CORTICAL V C PROD C LTDA EPP
CPF/CNPJ:	13.844.830/0001-47
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	STA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38

Data do Vencimento:	07/02/2023
Data de Efetivação / Agendamento:	06/02/2023
Valor Nominal do Boletto:	1.200,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.200,00
Valor Pago (R\$):	1.200,00
Identificação do Pagamento:	CORTICAL NF 171453

Data/hora da operação: 06/02/2023 15:36:50

Código da operação: 037122989
Chave de segurança: RX6Y2WYP84K7AQR

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



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário CORTICAL VALE COMERCIO DE PRODUTOS CIRURGICO LTDA		Agência / Código do Beneficiário 7385/17321-1		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA		Nosso Número 109/30008214-9		<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe No <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)	
Vencimento 07/02/2023	Número do Documento 171453/1	Espécie R\$	Valor do Documento 1.200,00		
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura
Local de pagamento Pague preferencialmente no Itaú;					Data do processamento 31/01/2023



Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo do Pagador

Beneficiário CORTICAL VALE COMERCIO DE PRODUTOS CIRURGICO LTDA		CNPJ/CPF 13.844.830/0001-47	Pagador		Vencimento 07/02/2023
Endereço Beneficiário AV TIVOLI, 98 - VILA BETANIA - São José dos Campos/SP 12245481					
Nosso Número 109/30008214-9	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário 7385/17321-1
Data do Documento 31/01/2023	Número do Documento 171453/1	Espécie Documento DM	Aceite N	Data do Processamento 31/01/2023	(=) Valor do Documento 1.200,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Desconto
Após vencimento cobrar multa de R\$ 12,00 Após vencimento cobrar juros de R\$ 2,00 ao dia NÃO DISPENSAR JUROS E MULTA					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora / Multa / Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CPF / CNPJ: 50320605000138

Endereço: R R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, - - CENTRO - 11630000 - Ilhabela / SP

Beneficiário Final:

CPF / CNPJ:

Código de Baixa

Recebemos através do cheque número _____ do banco _____
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo
banco pagador.

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09305 00821.497385 51732.110005 5 92540000120000

Local de pagamento Pague preferencialmente no Itaú;					Vencimento 07/02/2023
Beneficiário CORTICAL VALE COMERCIO DE PRODUTOS CIRURGICO LTDA		CNPJ / CPF 13.844.830/0001-47	Agência / Código do Beneficiário 7385/17321-1		
Endereço Beneficiário AV TIVOLI, 98 - VILA BETANIA - São José dos Campos/SP 12245481					
Data do Documento 31/01/2023	Número do Documento 171453/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 31/01/2023	(=) Valor do Documento 1.200,00
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Outras Deduções/Abatimento
Após vencimento cobrar multa de R\$ 12,00 Após vencimento cobrar juros de R\$ 2,00 ao dia NÃO DISPENSAR JUROS E MULTA					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CPF / CNPJ: 50320605000138

Endereço: R R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, -

CENTRO
11630000 - Ilhabela / SP

Beneficiário Final:

CPF / CNPJ:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

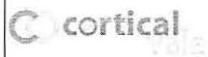


Recebemos de CORTICAL VALE COMERCIO DE PRODUTOS CIRURGICO LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 31/01/2023 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Valor Total: 1.200,00

NF-e
Nº 000.171.453
Série 002

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

CORTICAL VALE COMERCIO DE PRODUTOS CIRURGICO LTDA



AV TIVOLI, 98 - VILA BETANIA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - CEP: 12245-481
Fone: (12)3913-1434
WWW.CORTICAL.COM.BR

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.171.453
Série 002
Folha 1/1

1



CHAVE DE ACESSO

3523 0113 8448 3000 0147 5500 2000 1714 5318 6300 18

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Mercadoria Remetida Anteriormente em Cons

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230161317345 31/01/2023 17:19:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645331340111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF

13.844.830/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA		50.320.605/0001-38	31/01/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15	CENTRO	11630-000	31/01/2023
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ILHABELA	SP		
			HORA DA SAÍDA
			17:17:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA		50.320.605/0001-38	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	
R R PADRE BRONISLAU CHERECK 15	CENTRO	11630-000	
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE	
ILHABELA	SP		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 171453 - Valor Original: R\$ 1.200,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 1.200,00
-----------------	--

PARCELAS

Número	: 001
Vencimento	: 07/02/2023
Valor	: R\$1.200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.020,00	183,60	0,00	0,00	1.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				1.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		0 - REMETENTE				
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR OUTROS
13875	LAM SHAVER FMS 4.0 AGRESSIVA REF: 287449/287425 Valor aproximado dos tributos R\$253,67 Fonte:IBPT.LOTE: M2202004, Validade do Lote: 31/01/2027, Reg. ANVISA: 80145901439, - Nome do Fabricante: JOHNSON & JOHNSON - CNPJ: 54.516.661/0027-32 USAR A REF 287449 PARA LANÇAR NO PORTAL J&J	90189099	200	5114	UN	1,00	1.020,0000	1.020,00	1.020,00	183,60	0,00	0,00
31199	EQUIPO GRAVITACIONAL 4 VIAS REF: AEQU06 Valor aproximado dos tributos R\$29,16 Fonte:IBPT.LOTE: 00013127, Validade do Lote: 17/11/2024, Reg. ANVISA: 81130100098, - Nome do Fabricante: VOLMED BRASIL EQUIPAMENTOS LTD - CNPJ: 20.137.275/0001-89 NA FALTA UTILIZAR REF #VM-01-04-01	90183929	040	5114	UN	1,00	180,0000	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NFe Ref: (3523 0113 8448 3000 0147 5500 2000 1714 3519 3098 0282), (3523 0113 8448 3000 0147 5500 2000 1714 5112 4177 3519) HOSPITAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA, PACIENTE: LEDAMI SOARES DINIZ DE ALMEIDA, DATA DA CIRURGIA: 25/01/2023, MÉDICO: *DR. RONALD RUBEN MAIER - 27, CRM: 174735/SP, CONVENIO: PREFEITURA, OP. BAS. NO ART.14 RICMS/SP, CONV. 01/99 E ART.8 E ART.16 ANEXO I RICMS/SP, CONV.126/10. PIS/COFINS ALIQ. ZERO CONF. ART.28 INCISO XV-LEI 10865/04-RAT.LEI 12058/09-ART.42 E SOL. DE CONS. SRFB03/2012 NF Ref: 35230113844830000147550020001714351930980282 NF Ref: 35230113844830000147550020001714511241773519 Total aproximado dos tributos federais, estaduais e municipais R\$282,83 Fonte:IBPT, conf. Lei 12.741/2012.	RESERVADO AO FISCO
Henrique Simões Rodrigues da Silva Diretor Administrativo Hospital Mar. Gov. Mário Covas Jr.	Cláudia Dias Segurine Enf. Coordenadora CQI CME COREN 309.216

Cortical Vale Comercio de Produtos Cirurgico LTDA.
Av. Tivoli Nº 98
Vila Betania - São Jose dos Campos - SP
cnpj: 13.844.830/0001-47 - email: atendimento@corticalvale.com.br

Orçamento de Venda: 56940Data do orçamento: 30/01/2023
Hora: 16:38:00**Cliente**

1998 - 0 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
Endereço: AV AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 CEP: 11630-000
BARRA VELHA, Ilhabela - SP CNPJ: 50.320.605/0002-19 I.E.:
Fone/Fax: 12-38958789 / 12- Contato:

Hospital: 1998-0 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

Médico: - 20039 - *DR. RONALD RUBEN MAIER - 27

Convênio: 9024-0 PREFEITURA

Paciente: - LEDAMI SOARES DINIZ DE ALMEIDA

Matrícula:

Data/Hora da Cirurgia:

Procedimento Cirúrgico:

Referência	Descrição	Fabricante	Reg. Anvisa MS	Qtde	Valor Unitário	% IPI	Desc	Valor Total
13875	LAM SHAVER FMS 4.0 AGRESSIVA REF: 287449/287425	JOHNSON & JOHNSON	80145901439	1,00	1.020,00	0,00	0,00	1.020,00
31199	EQUIPO GRAVITACIONAL 4 VIAS REF: AEQU06	VOLMED BRASIL EQUIPAMENTOS LTD	81130100008	1,00	180,00	0,00	0,00	180,00

Observações:POS CIRURGICO: 30/01/2023
DATA DA CIRURGIA: 25/01/2023

Subtotal	1.200,00
Desconto	0,00
Valor IPI	0,00
Valor ICMS ST	0,00
Frete/Seguro	0,00
TOTAL	1.200,00

Condições de Pagamento: À Vista
Validade da Proposta: 28 Dias
Frete/Seguro: Por conta do Emitente.
Faturamento: Hospital

OBSERVACOES

* OS ITENS ACIMA ESTÃO COM ESTIMATIVA DE USO E SERÃO FATURADOS DE ACORDO COM A UTILIZAÇÃO.

* ALGUNS ITENS PODERÃO TER A INCIDÊNCIA DE IPI POR SE TRATAREM DE IMPORTAÇÃO, E DEVERÃO TER DESTAQUES NA NOTA FISCAL. NO ENTANTO, O VALOR FINAL DO PRODUTO NÃO SOFRERÁ MAJORAÇÃO.

Cláudia Dias Sequine
Enf. Coordenadora CCI/CMH
COREN 359.218