



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3334 / 003 / 00000692-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	STA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2622 / 00000017654-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COTACAO COM REPRESENTACAO IMPORTACAO E E
<b>CPF/CNPJ:</b>	58.950.775/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 4.590,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	COTACAO NF 33077
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 12:25:08

<b>Código da operação:</b>	00138288
<b>Chave de segurança:</b>	29FE0VR827TMQKH9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**COTACAO COM REPRESENTACAO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA**  
 RUA CAMPO COMPRIDO, 90  
 IMIRIM - 02469-120  
 Sao Paulo - SP Fone: (11) 2239-6060

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
**Nº 33.077**  
**Série 1**  
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO  
**3522 1258 9507 7500 0108 5500 1000 0330 7718 2518 6254**  
 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 Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **Venda de Mercadoria Adquirida/Recebida de Terceiros**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **112.111.337.115**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: **58.950.775/0001-08**  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **135221714964515 - 08/12/2022 09:07:56**

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**  
 CNPJ / CPF: **50.320.605/0001-38**  
 DATA DA EMISSÃO: **08/12/2022**  
 ENDEREÇO: **R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15**  
 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**  
 CEP: **11630-000**  
 DATA DA SAÍDA/ENTRADA: **08/12/2022**  
 MUNICÍPIO: **Ilhabela**  
 UF: **SP** FONE / FAX: **(12) 3896-1710**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: \_\_\_\_\_  
 HORA DA SAÍDA/ENTRADA: **09:07:54**

FATURA / DUPLICATA  
 Num.: **001**  
 Venc.: **07/01/2023**  
 Valor: **R\$ 4.590,00**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
<b>660,00</b>	<b>118,80</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>29,07</b>	<b>4.590,00</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINA	VALOR TOTAL DA NOTA
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>134,14</b>	<b>4.590,00</b>

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **PRESENTES MARCANES EIRELI**  
 FRETE POR CONTA: **(0) Remetente (CIF)**  
 CÓDIGO ANTT: \_\_\_\_\_  
 PLACA DO VEÍCULO: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_  
 CNPJ / CPF: **54.470.497/0001-30**  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: **Sao Paulo**  
 UF: **SP**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **111229014116**  
 RUA **ALICE GARCIA VEGA, 55**  
 QUANTIDADE: **1** ESPÉCIE: **VOLUME** MARCA: \_\_\_\_\_  
 NUMERAÇÃO: \_\_\_\_\_ PESO BRUTO (KG): **8,000** PESO LÍQUIDO (KG): **8,000**

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
C7S20BNWZ	CATETER PARA SUBCLAVIA CVC I, 14GA (7FR) X 20CM BNWZ - BIOMEDICAL Lote: 40060 Quant: 26 Fab: 01/06/2022 Val: 01/06/2027	90183929	040	5102	UN	26	55,00	1.430,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C7S20BNWZ	CATETER PARA SUBCLAVIA CVC I, 14GA (7FR) X 20CM BNWZ - BIOMEDICAL Lote: 40516 Quant: 4 Fab: 01/09/2022 Val: 01/09/2027	90183929	040	5102	UN	4	55,00	220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
H12D20BW	CATETER PARA SUBCLAVIA DUPLO LUMEN PARA HEMODIALISE, 11.5FR X 20 CM COM ACESSORIOS BW - BIOMEDICAL Lote: 40770 Quant: 15 Fab: 01/11/2022 Val: 01/11/2027	90183929	040	5102	UN	15	152,00	2.280,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20-AMARELA	PULSEIRA DE IDENTIFICACAO TYVEK AMARELA Lote: B50511419 Quant: 6.000 Fab: 31/05/2021 Val: 31/05/2050	58079000	000	5102	UN	6.000	0,11	660,00	660,00	118,80			18,00

**RECEBIMENTO**  
 Tipo 1 NSU mes  
 Subgrupo \_\_\_\_\_  
19/12/2022  
 RG 21.540.573-4  
 Assinatura e carimbo

Secretaria de Saúde  
 21 DEZ 2022  
 Almacenado da Saúde  
**RECEBIDO**

**DADOS ADICIONAIS**  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Inf. Contribuinte: ORD. COMPRA N. 123-52022 - END. ENTREGA: RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - ILHA BELA - SP. -- ISENTA ICMS CONF. CONV. 01/99 Produto destinado a Consumidor Final.  
 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 123-5/2022

FORNECEDOR: COTACAO COM REPRESENTACAO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA.

CNPJ: 58.950.775/0001-08

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: CAMILA RIBAS

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	15	kit	<b>CATETER PARA SUBCLÁVIA DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE - TAMANHO 11,5FR X 20CM</b> cateter para subclávia, duplo lúmen para hemodiálise, tamanho 11,5fr x 20cm. kit contendo: 01 cateter de poliuretano 11,5fr x 20cm para hemodiálise, 01 fio-guia 035" x 70cm com avançador onestep advancer, 01 agulha 18ga x 7cm para introdução de fio-guia 026" à 038", 2 tampas látex free para injeção com rosca luer, e 01 dilatador de vaso.	BIOMEDICAL	R\$ 152,00	R\$ 2.280,00
2	30	KIT	<b>KIT CATETER VENOSO CENTRAL - CVC - MONO LÚMEN 14 GA 7F X 20CM</b>	BIOMEDICAL	R\$ 55,00	R\$ 1.650,00
3	6.000	UNI	<b>PULSEIRA PARA IDENTIFICAÇÃO HOSPITALAR – COR AMARELA, LARGURA 2 CM, FECHO ADESIVO COM CORTE DE SEGURANÇA INVOLÁVEL SEM PRÉ NUMERAÇÃO SERIAL</b>	TYVEC	R\$ 0,11	R\$ 660,00

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 4.590,00

ORÇAMENTO SANTA CASA 124/2022

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

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAUDE R.PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO - Nº 86 PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS UTEIS.

  
José Benyamin da Silva  
RG 47.301.156-8  
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  
