



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0117 / 00013004325-3 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DROGARIA ILHABELA HIPER LTDA |
| CPF/CNPJ: | 10.974.993/0001-56 |
| Valor: | R\$ 2.107,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DROGARIA ILHABELA HI |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 06/02/2023 |
| Data / Hora da operação: | 06/02/2023 15:36:42 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00189308 |
| Chave de segurança: | 5CGNHS5FJX893P3T |

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.021.329
Série 002
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3523 0210 9749 9300 0156 5500 2000 0213 2910 3397 2605

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

SUBSTITUICAO DE CUPOM FISCAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230189993970 - 06/02/2023 09:49:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL

352075732112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

10.974.993/0001-56

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

06/02/2023

ENDEREÇO

RUA R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

SP

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 |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.107,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR DA COFINS | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.107,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

DROGARIA ILHA BELA HIPER LTDA

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

10.974.993/0001-56

ENDEREÇO

RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO 35

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

352075732112

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

UN

MARCA

NUMERAÇÃO

1

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

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 |
|----------------|---|----------|-------|------|----|---------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| 74241 | @ AMOXICILINA+CLAV 250 SUS Lote: 3G0906 Quant: 50.000 Fab: 01/10/2022 Val: 31/01/2025 Anvisa: 00000000000000 PMC: 62.90 | 30041012 | 060 | 5929 | UN | 50,0000 | 42,1400 | 2.107,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |

Joacel C. Almeida
Cf. 32.599.872-3
Supervisor

RECEBIMENTO

Tipo medicamento

Subgrupo

07/02/23

Assinatura e carimbo

Secretaria de Saúde

7 FEV 2023

Almoxarifado da Saúde

RECEBIDO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ECF Ref.: modelo: 2D ECF:27 COO:66461.

Inf. Contribuinte: CST=060 ICMS Rec.p Subst. Trib.Dec.52364 07 BC.Icms 0.00 VI.Icms 0.00 BC.St 0.00 Icms.St 0.00

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 018-10/2023

FORNECEDOR: DROGARIA ILHA BELA HIPER LTDA.

CNPJ: 10.974.993/0001-56

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: ADRIANO

| ITEM | QUANT. | UN. | | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|---------|-----------|--------------|
| 1 | 200 | FRS | 23889. AMOXICILINA 50MG/ML CLAVULANATO DE POTASSIO 12,5MG/ML SUSP ORAL | E.M.S | R\$ 42,14 | R\$ 8.428,00 |
| 2 | 30 | FRS | 24059. BROMIDRATO DE FENOTEROL 5MG/ML SOL ORAL 20ML FRS | PRATTI | R\$ 6,00 | R\$ 180,00 |
| 3 | 600 | CPR | 18174. CLOBAZAM 10MG COMP | AVENTIS | R\$ 0,87 | R\$ 522,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ R\$ 9.130,00

ORÇAMENTO SANTA CASA Nº 019/2023

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL M.G.M.C.JNR (FARMACIA) Nº 005/2023

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: AVISTA APÓS A ENTREGA

LOCAL DE ENTREGA: ALMOXARIFADO DA SAUDE - RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE ILHABELA SP CEP 11.630-000

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS UTEIS.

José Denilson da Silva
RG 7.130.156-B
Coordenador de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
01.02.2023

01/02/2023

APROVADO
01/02/2023
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA