



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

<b>Data de débito:</b>	06/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/02/2023 15:36:42

<b>Código da operação:</b>	00189308
<b>Chave de segurança:</b>	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: 0000000000000 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

07 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

*controle de estoque*

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  
*[Signature]*