

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\$ 2.629,00

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:

Chave de segurança: ZGJAPEX3LKFGCT9P

00189311

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 IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DROGARIA ILHA BELA HIPER LTDA

PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO, 35 PEREQUE - 11630-970 ILHABELA - SP Fone/Fax:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Nº. 000.021.330

Série 002 Folha 1/1

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

1

CHAVE DE ACESSO

3523 0210 9749 9300 0156 5500 2000 0213 3010 3397 2673

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

NATUREZA DA OPERAÇÃO

SUBSTITUICAO DE CUPOM FISCAL
INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUA

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

135230190022402 - 06/02/2023 09:52:06

10.974.993/0001-56 352075732112 DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL CNPJ / CP DATA DA EMISSÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 50.320.605/0001-38 06/02/2023 BAIRRO / DISTRITO DATA DA SAÍDA RUA R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 CENTRO 11630-000 INSCRIÇÃO ESTADUAL TIF HORA DA SAÍDA MUNICÍPIO FONE / FAX ILHABELA

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 2.629,90 VALOR TOTAL DA NOTA OUTRAS DESPESAS ALOR TOTAL DO IPI VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO VALOR DA COFINS 0.00 0.00 2.629,90 0.00 0,00 0.00 TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA CÓDIGO ANTI PLACA DO VEÍCULO LIF CNPJ / CPF (0) Emitente 10.974.993/0001-56 DROGARIA ILHA BELA HIPER LTDA MUNICÍPIO LIF ILHABELA 352075732112 SP RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO 35 PESO BRUTO QUANTIDADE ESPÉCIE NUMERAÇÃO PESO LÍQUIDO 0.000 UN 0.000

1	UN									0,000				0,000
DADOS DOS PR	ODUTOS / SERVIÇOS							(
CÓDIGO PRODUTO DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO			NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
10022	* FRISIUM 10MG/20CPR B1 Lote: CRA06714 Quant: 30,000 Fab: 02/09/2022 Val: 31/08/2024 Anvisa: 000000000000 PMC: 21.26		30049069	060	5929	UN	30,0000 60000	17,4300	522,90	0,00	0,00		0,00	
74241	@ AMOXICILINA+CLAV 250 SUS Lote: 3G0906 Quant: 50.000 Fab: 19 Anvisa: 0000000000000 PMC: 62.90	/09/2022 Val: 31/01/2025	30041012	060	5929	UN	50,0000	42,1400	2.107,00	0,00	0,00		0,00	
	* CLOBAZAM 1077 SANOFI SANOFI SECRETARIA de Saúce Alexandre do da Saúce		died annual teams.		Ti Su	po_bgri	RECEI Meo Ppo	SIME CUC	NTO MM	ast	Q			
	of the second se	PLESTING SITES	The state of the s		~()	Ass	inatura	e carim	bo	in)				

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ECF Ref.: modelo: 2D ECF:27 COO:66458.
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 № 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 № 019/2023

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

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: AVISTA APÓS A ENTREGA

LOCAL DE ENTREGA: ALMOXARIFADO DA SAUDE - RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO,

1.022013

86 PEREQUE ILHABELA SP CEP 11.630-000

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS UTEIS.

01/02/2023

APROVADO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILH