



## 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\$ 2.629,00
<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>	00189311
<b>Chave de segurança:</b>	ZGJAPEX3LKFGCT9P

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





# 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

*sentido  
cartão  
#*

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.

*Handwritten signature*  
José Damião da Silva  
RG 77.581.156-8  
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  
*Handwritten signature*