



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:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	8224 / 00000000578-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IMPACTA MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTO
CPF/CNPJ:	46.242.310/0001-13
Valor:	R\$ 3.535,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	IMPACTA NF 24
Histórico:	

Data de débito:	16/01/2023
Data / Hora da operação:	16/01/2023 12:40:12

Código da operação:	00137405
Chave de segurança:	NX94VEF9X00QE26M

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



Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



EMPA
DISTR DE MEDICAMENTOS E MAT HOSP LTDA
A JOAQUIM JUSTO NOVAES, 077
VILA MONTE SERRAT - 06717-217
COTIA - SP Fone/Fax:

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº. 000.000.024
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3522 1246 2423 1000 0113 5500 1000 0000 2410 0000 0487
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
135221771421252 - 17/12/2022 13:09:29

ATUOZEA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA
INSCRIÇÃO ESTADUAL **278529181114** INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ / CPF **46.242.310/0001-13**

ESTINATÁRIO / REMETENTE
OME / RAZÃO SOCIAL **ANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA** CNPJ / CPF **50.320.605/0001-38** DATA DA EMISSÃO **17/12/2022**
NDEREÇO **UA PADRE BRONISLAU CHERECK, 015 - CENTRO DE ILHABELA** BAIRRO / DISTRITO **CENTRO** CEP **11630-000** DATA DA SAÍDA/ENTRADA
UNICÍPIO **ILHABELA** UF **SP** FONE / FAX **1238965766** INSCRIÇÃO ESTADUAL **SP** HORA DA SAÍDA/ENTRADA

ATURA / DUPLICATA
um. **001**
enc. **16/01/2023**
alor **RS 3.535,00**

ASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.535,0
ALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.535,0

RANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
OME / RAZÃO SOCIAL **0-Remetente** FRETE POR CONTA **0-Remetente** CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF
NDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL
UANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

CÓDIGO RODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ II
136	BUDESONIDA 32 MCG/DOSE AEROSOL NASAL 5ML/EMS R+ Lote: 3A2144 Qt: 95 Val: 01/11/24	30039033	0102	5102	FR	95	23,0000	2.185,00	0,00	0,00			0,00	
135	TINIDAZOL 500 MG CPR/GERMED R+ Lote: 3C8788 Qt: 300 Val: 01/09/24	30049099	0102	5102	UN	300	4,5000	1.350,00	0,00	0,00			0,00	

Secretaria de Saúde
21 DEZ 2022
Almoxarifado da Saúde
RECEBIDO

RECEBIMENTO
Tipo **MEDICAMENTOS**
Subgrupo **30/12/22**
J. W. J.
Assinatura e carimbo

ADOS ADICIONAIS
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES
if. Contribuinte:
ADOS PARA PAGAMENTO: BANCO DO BRASIL,
G: 8224 C/C 578-9
NDERECO DE ENTREGA: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
UA PADRE BONISLAU CHERECK, 15 CENTRO ILHABELA-SP
RDEM DE COMPRA No 125-4/2022
ados para depósito:
anco do Brasil
g. 8224-4
/c 578-9
if. fisco:
alor Aprox Tributos Federal: R\$ 475,45 Estadual: R\$ 441,75 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT
- "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO Simples Nacional"
- "NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI".
alor ICMS p/estado destino: R\$ 0,00
alor FCP p/estado destino: R\$ 0,00
alor ICMS p/estado origem: R\$ 0,00



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 125-4/2022

FORNECEDOR: IMPACTA MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 46.242.310/0001-13
BANCO: BOLETO AGENCIA: C/C:
VENDEDOR: ALEXANDRE

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	300	FRS	24040. AMOXICILINA 250MG/5ML SUSP ORAL 150ML	E.M.S	R\$ 25,00	R\$ 7.500,00
2	200	FRS	23889. AMOXICILINA 50MG/ML CLAVULANATO DE POTASSIO 12,5MG/ML SUSP ORAL FRS DE 75 ML	E.M.S	R\$ 72,00	R\$ 14.400,00
3	300 95	FRS	6857. BUDESONIDA 32MCG/DOSE AEROSSOL NASAL 5ML	E.M.S	R\$ 23,00	R\$ 6.900,00
4	10	UNI	PULSATILLA NIGRICANS 6CH - SOLUÇÃO ORAL COM CONTA GOTAS - FRASCO 15 ML	ALTERNATIVA	R\$ 65,00	R\$ 650,00
5	300	UNI	24263. TINIDAZOL 500MG CPR	GERMED	R\$ 4,50	R\$ 1.350,00

VALOR DO PEDIDO R\$ R\$ 30.800,00


ORÇAMENTO SANTA CASA Nº 125/2022

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL M.G.M.C.JNR (FARMÁCIA) Nº 154/2022

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 28 DIAS DA 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: 05 DIAS UTEIS.


José Denilson da Silva
RG 44.801.156-8
Coordenador de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
08/12/2022

APROVADO

08/12/2022
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

