



## 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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8224 / 00000000578-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IMPACTA MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.242.310/0001-13
<b>Valor:</b>	R\$ 7.215,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF26
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 14:13:02

<b>Código da operação:</b>	00132230
<b>Chave de segurança:</b>	Z1UJF28AC85H3HR3

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



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

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.026  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3522 1246 2423 1000 0113 5500 1000 0000 2610 0000 0538

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135221811973986 - 26/12/2022 07:28:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL

278529181114

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

46.242.310/0001-13

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

26/12/2022

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 015 - CENTRO DE ILHABELA

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

FONE / FAX

1238965766

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001  
Venc. 24/01/2023  
Valor R\$ 7.215,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE 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	7.215,00
VALOR 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	7.215,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	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 IPI
139	BUDESONIDA SPRAY/EMS/009502 R+	30043999	0102	5102	UN	205	23,0000	4.715,00	0,00	0,00			0,00	
141	AMOXICILINA 500MG/5ML/CMED R+ Lote: 2225019 Qt: 100 Vals 124	30041012	0102	5102	FR	100	25,0000	2.500,00	0,00	0,00			0,00	

**RECEBIMENTO**  
Tipo MEDICAMENTOS  
Subgrupo 27/12/22  
Josy  
Assinatura e carimbo

**RECEBIMENTO DE MATERIAIS E SERVIÇOS**  
Em: \_\_\_\_\_  
Recebido por: \_\_\_\_\_  
Confere: SIM  NÃO   
Obs.: \_\_\_\_\_  
Nome e função: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Secretaria de Saúde  
27 DEZ 2022  
Almoxarifado de Saúde  
**RECEBIDO**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:  
DADOS PARA PAGAMENTO: BANCO DO BRASIL  
AG: 8224 C/C578-9  
ENDERECO DE ENTREGA: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
RUA PADRE BONISLAU CHEREK 15 CENTRO DE ILHABELA - SP  
ORDEM DE COMPRA No 125-4/2022  
Dados para depósito:  
Banco do Brasil  
Ag. 8224-4  
C/c 578-9  
Inf. fisco:  
Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 970,42 Estadual: R\$ 865,80 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT  
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO Simples Nacional"  
e  
II - "NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI"  
Valor ICMS p/estado destino: R\$ 0,00  
Valor FCP p/estado destino: R\$ 0,00  
Valor ICMS p/estado origem: R\$ 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 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 <i>100</i>	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 <i>205</i>	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 (FARMACIA) 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 47.801.756-8  
Coordenador de Compras  
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela  
08.12.2022

08/12/2022

APROVADO

*08/12/2022*  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

*[Assinatura]*