



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38
Nome:	STA CASA DE MISERICORDIA
Conta de débito:	3334 003 00000692-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02378.827006 00913.866174 1 92470000015190
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA . ME
Nome/Razão Social:	PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA . ME
CPF/CNPJ:	10.829.779/0001-06
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	STA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38

Data do Vencimento:	31/01/2023
Data de Efetivação / Agendamento:	30/01/2023
Valor Nominal do Boletto:	151,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	151,90
Valor Pago (R\$):	151,90
Identificação do Pagamento:	PROMEDICAL NF 100025

Data/hora da operação: 30/01/2023 13:02:28

Código da operação: 030441939

Chave de segurança: 1H34Y4YNA8N8V48W

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

BANCO DO BRASIL

001-9

financeiro@promedical.com.br

Comprovante de Entrega

Beneficiário PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	Agência/Código Beneficiário 0024-8/130923-4	Nro.Documento 1 000100025
Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA	Vencimento 31/01/2023	Valor do Documento 151,90
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Cpf	Assinatura
	Data	Entregador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02378.827006 00913.866174 1 92470000015190 Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento 31/01/2023
Beneficiário PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA R Christovam Moñari,74/76 Juiz De Fora - MG CEP: 36035-125C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06	Agência/Código Beneficiário 0024-8/130923-4
Data do Documento 11/01/2023	Nro.Documento 1 000100025
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 11/01/2023	Nosso Número 23788270000913866
Uso do Banco Carteira 17	Espécie R\$
Quantidade	Valor
Instruções (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar Multa de 2% após vencimento Após o Vencimento Cobrar, R\$ 0,51 Por dia de Atraso. SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA PROTESTAR APOS 5 DIAS UTEIS.	(-)Desconto/Abatimento 0,00 (-)Outras Deduções 0,00 (+)Mora/Multa 0,00 (+)Outros Acréscimos 0,00 (=)Valor Cobrado
financeiro@promedical.com.br	

Pagador

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (014690-01)
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK 15-CENTRO
11630000 ILHABELA - SP

Sacador/Avalista

CNPJ: 50.320.605/0001-38

Codigo de Baixa

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02378.827006 00913.866174 1 92470000015190

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento 31/01/2023
Beneficiário PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	Agência/Código Beneficiário 0024-8/130923-4
	C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06
Data do Documento 11/01/2023	Nro.Documento 1 000100025
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 11/01/2023	Nosso Número 23788270000913866
Uso do Banco Carteira 17	Espécie R\$
Quantidade	Valor
Instruções (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar Multa de 2% após vencimento Após o Vencimento Cobrar, R\$ 0,51 Por dia de Atraso. SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA PROTESTAR APOS 5 DIAS UTEIS.	(-)Desconto/Abatimento 0,00 (-)Outras Deduções 0,00 (+)Mora/Multa 0,00 (+)Outros Acréscimos 0,00 (=)Valor Cobrado
financeiro@promedical.com.br	

Pagador

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (014690-01)
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK 15-CENTRO
11630000 ILHABELA - SP

Sacador/Avalista

CNPJ: 50.320.605/0001-38

Codigo de Baixa

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	N. 000100025 SÉRIE 1
---------------------	---	-------------------------

 <p>Identificação do emitente PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA RUA CRISTOVAM MOLINARI, 74 Complemento: E 76 MORRO DA GLORIA Cep:36035-125 JUIZ DE FORAM/G Fone: 3233136900</p>	<p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA</p>	
	<p>N. 000100025 SÉRIE 1 FOLHA 01/01</p>	<p>CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3123 0110 8297 7900 0106 5500 1000 1000 2511 8128 2921</p>
	<p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada</p>	

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131235152486161 11/01/2023 14:24:23-03:00
---	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0011740950097	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. 813015426118	CNPJ/CPF 10.829.779/0001-06
-------------------------------------	--	--------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38		DATA DE EMISSÃO 11/01/2023	
NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 11630-000	
ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15		MUNICÍPIO ILHABELA		FONE/FAX 1238966655	
MUNICÍPIO ILHABELA		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
FATURA 001 31/01/2023 151,90				HORA ENTRADA/SAÍDA 14:20:00	

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 151,90	VALOR DO ICMS 6,08	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 109,90	
VALOR DO FRETE 42,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 151,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL CORREIOS - SEDEX		FRETE POR CONTA 0-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO JUIZ DE FORA	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE 1	ESPECIE FD	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,050	PESO LIQUIDO 0,050

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD 03792	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. APDO - ALCA POLIPECT DESC MEDIKA OV AL.2.3X230 25MM 271022AP	NCM/SH 90183929	CST 800	CEP 6108	UN UN	QUNT. 1,00	VUNITARIO 109,9000	VTOTAL 109,90	BC.ICMS 151,90	VICMS 6,08	VIPI 0,00	A.ICMS 4,60%	A.IPI 0,00%

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
 Confira a mercadoria no ato da entrega;
 Se avariado ou violado entre em contato imediatamente;
 O prazo de devolução é de 07 dias;
 Leia as instruções e teste o funcionamento do aparelho;
 Verificar a nota fiscal e boleto ao receber;
 Em caso de dúvidas ligue 0800 707 6900 ou (32) 3313-6900

RECEBIMENTO DE MATERIAIS E SERVIÇOS

Em: 19/01/2023

Recebido por: Anderson do Cruz

Confere: SIM NÃO

Obs.: _____

Nome e função: _____

Assinatura: _____

DESTINATÁRIO

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 116690003	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Protocolo: 131235152486161</p> <p>TEL DESTINATARIO 12 99152-828 JOSE DENYLSO Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 63.19 (41.60%) Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 21.27. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>
---	---------------------------

Almoxarifado de Almoxarifado de Saúde
 RG: 33.599.302-8

Secretaria de Saúde
 20 JAN 2023
 Almoxarifado de Saúde
RECEBIDO



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 008/2023

FORNECEDOR: PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 10.829.779/0001-06

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: JULIANA

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	1	UNI	ALÇA DE POLIPECTOMIA SIMETRICA "OVAL" – COM BOLSA DE PELICANO – DESCARTAVEL – 230 CM COMPRIMENTO; 2.3 MM DIAMETRO; ABERTURA DE ALÇA 25MM COM MANOPLA	MEDIKA	R\$ 109,90	R\$ 109,90
2	1	serv	FRETE	SEDEX	R\$ 42,00	R\$ 42,00

VALOR DO PEDIDO

R\$ 151,90

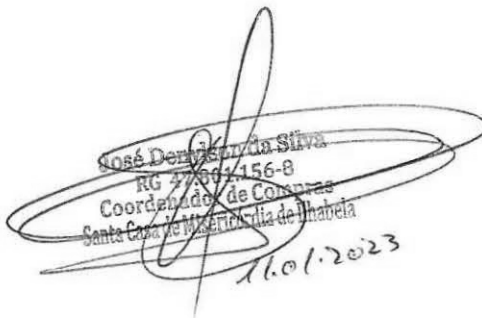
PROPOSTA PROMEDICAL: 166195 ORÇ. SANTA CASA Nº 002/2023

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL M.G.M.C.JNR (FARMACIA) Nº 164/2022

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENT: DEPTO DE COMPRAS - RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 CENTRO CEP 11.630-000 ILHABELA SP

PRAZO DE ENTREGA: 5 DIAS


José Denilson da Silva
RG 47804/156-8
Coordenador de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
11.01.2023

11/01/2023

APROVADO
11/01/2023
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

