



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 01704.246188 61810.010001 6 92220000194484
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>SOGAMAX DISTR P FARM LTDA ME</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>SOGAMAX DISTR P FARM LTDA ME</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>00.857.492/0001-36</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	SANTA CASA MISER ILHABELA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	STA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38

<b>Data do Vencimento:</b>	06/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	05/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.944,84
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.944,84
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.944,84
<b>Identificação do Pagamento:</b>	SOGAMAX NF 4506

**Data/hora da operação:** 05/01/2023 13:18:59

**Código da operação:** 005451229  
**Chave de segurança:** YNS52S14MPNVJ1E5

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

**SOGAMAX DISTRIB. DE PROD. FARMACEUTICOS LTDA ME**

RUA PROFESSORA MARIA FALLEIROS, 1261

Cep:14403-363 - FRANCA - SP

Fone:

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário: <b>SOGAMAX DISTRIB. DE PROD. FARMACEUTICOS LTDA ME</b>	Agência/Cod.Beneficiário <b>6186/18100-1</b>	Data do Documento <b>09/12/2022</b>	Vencimento <b>06/01/2023</b>
Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (25703) R PADRE BRONISLAU CHERECK,015 - CENTRO 11630-000 - ILHABELA-SP	Número Documento: 4506-01	Nosso Número: 00017042	Valor do Documento: <b>1.944,84</b>

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A.

**341-0****34191.09008 01704.246188 61810.010001 6 92220000194484**

Local de Pagamento: <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>06/01/2023</b>
Beneficiário <b>SOGAMAX DISTRIB. DE PROD. FARMACEUTICOS LTDA ME - 00.857.492/0005-60</b>					Agência/Cód.Beneficiário <b>6186/18100-1</b>
Endereço <b>RUA PROFESSORA MARIA FALLEIROS, 1261 - 14403-363-FRANCA-SP</b>					
Data do documento: <b>09/12/2022</b>	No. do documento <b>4506-01</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>10/12/2022</b>	Cart./Nosso Número <b>109/00017042-4</b>
Uso do Banco	Carteira <b>109</b>	Espécie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>1.944,84</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)  PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 6.48 AO DIA PROTESTAR APOS 3 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (25703)

R PADRE BRONISLAU CHERECK,015 - CENTRO

11630-000 - ILHABELA-SP

50.320.605/0001-38

**Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação**



SOGAMAX DISTRIB. DE PROD. FARMACEUTICOS LTDA ME

RUA PRAZOSA MARIA FALLEIROS, 1261  
VILA INDUSTRIAL - 14403-363  
FRANCA - SP Fone/Fax:**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.004.506  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3522 1200 8574 9200 0560 5500 1000 0045 0610 1870 5081

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

135221722924705 - 09/12/2022 11:02:24

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS DE MERCADORIAS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

310677371111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

00.857.492/0005-60

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

09/12/2022

ENDEREÇO

R PADRE BRONISLAU CHERECK, 015

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

09/12/2022

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

FONE / FAX

1238958360

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

12:02:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 086 - ALMOX DA SAUDE

BAIRRO / DISTRITO

PEREQUE

CEP

11630-000

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

FONE / FAX

SP

FATURA / DUPLICATA

Nom. 001  
Venc. 06/01/2023  
Valor R\$ 1.944,84

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	1.944,84
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	1.944,84

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

MARCIO RODRIGO DE PAULA RIBEIRO TRANSPORTE LTDA

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

06.209.025/0001-86

ENDEREÇO

AV DOUTOR RENATO PAGANO, 492 SALA 03

MUNICÍPIO

CRAVINHOS

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

279048406119

QUANTIDADE

3

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VLR LIQ UNIT	VLR LIQ TOT	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
3736	LEVOFLOXACINO 500MG C/7 COMP *EUROFARMA GENÉRICO/401413/AM PMC: 104.13 Lote: 822041 Val: 30/10/24 FCI:AE8F863C-BD3C-461D-9BDF-7 EEFA23C6A57	30049079	560	5405	UN	285	6,8240	1.944,84	6,8240	1.944,84	0,00	0,00			0,00	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>5 Dez 2022</p> <p>Almoço de Saúde</p> <p>RECEBIDO</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Tipo <b>RECEBIMENTO</b></p> <p>Subgrupo <b>MEDICAMENTOS</b></p> <p>14/12/22</p> <p>Assinatura e carimbo</p> </div> </div>																

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:

ORDEM DE COMPRAS N125-2/2022

Orc 1870349 Fichas 1/2 1 vols. 2/2 2 vols

Inf. fisco:

Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 261,58 Estadual: R\$ 233,38 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

Prezados, prazo para abertura de ocorrências de devolução e de 5 dias úteis após o recebimento, exceto avarias cujo o prazo e de 2 dias

úteis.

ROTA: SAO PAULO

RESERVA DO 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 125-2/2022

FORNECEDOR: SOGAMAX DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA

CNPJ: 00.857.492/0005-60

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: JULIANA MOTINHA

ITEM	QUANT.	UN.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	UNITÁRIO	TOTAL
1	1.995	CPR	26189. LEVOFLOXACINO HEMI-HIDRATADO 500MG CPR	EUROFARMA/ GENERICO	R\$ 0,97	R\$ 1.944,84

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 1.944,84

PROPOSTA SOGAMAX: 1864903 ORÇ. SANTA CASA 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: ALMOX. DA SAUDE R.PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO - Nº 86 PEREQUE

ILHABELA SP CEP: 11.630-000

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS UTEIS.

  
José Donato de Silva  
RG nº 7801.354-8  
Coordenador de Compras  
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela  
08/12/2022

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