Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal
Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro - Pontal-SP CEP. 14180-000
CNPJ 55110753/0001-41 Fone: (16) 3953-1716 - Fax: (16)3953-1719
Fundada em 30/06/1937 e-mail - scpontal@3ax.com.br

ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS TERMO DE CONVÊNIO

ORGÃO PÚBLICO CONVENENTE	PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL
CONVENIADA	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL
CNPJ	55.110.753/0001-41
ENDEREÇO (Nº/CP/RUA)	RUA ANANIAS COSTA FREITAS, Nº 753 - CENTRO - 14180-000
RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA	JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO
CPF	289.964.588-99
OBJETO	
EXERCÍCIO	JULHO 2021
ORIGEM DO RECURSO (1)	MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R$
Termo de Ajuste nº 01/2020	21/012/2020	22/12/2020 31/12/2020	R$ 135.108,26

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO

DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R$)
02/06/2021	R$ 103.100,00	02/06/2021	00001	R$ 103.100,00
				R$ 103.100,00

(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR	R$	129.607,34
(B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO	R$	103.100,00
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	R$	348,67
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)		
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)	R$	233.056,01
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)	R$	233.056,01

(1) Verbas: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassado neste exercício.

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outra.

O(s) signatário (s), na qualidade de representante(s) da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas JULHO/2021 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal
Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro - Pontal-SP CEP. 14180-000
CNPJ 55110753/0001-41 Fone: (16) 3953-1716 - Fax: (16)3953-1719
Fundada em 30/06/1937 e-mail - scpontal@3ax.com.br

PRESTAÇAO DE CONTAS - JULHO 2021

VIGÊNCIA DO CONVÊNIO A PARTIR DE 22/12/2019

DATA DOCUMENTO	DOC.	Nº	CREDOR	VALOR	RETENÇÃO ENCARGOS	VR PAGO P/ CONVÊNIO	DATA DO PAGTO	Nº TED PAGTO	C/C
MATERIAIS/MEDICAMENTOS HOSPITALARES									
29/06/2021	NFe	51004	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR	R$ 82,80		R$ 82,80	02/07/2021	83481042	808-7
29/06/2021	NFe	916108	CM HOSPITALAR - MAFRA	R$ 3.940,00		R$ 3.940,00	02/07/2021	83481573	808-7
30/06/2021	Nfe	210799	LUMAR COM. DE PROD. FARMAC.	R$ 1.054,63		R$ 1.054,63	02/07/2021	83482087	808-7
30/06/2021	NFe	119882	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 870,40		R$ 870,40	02/07/2021	83482621	808-7
30/06/2021	NFe	51133	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR	R$ 1.846,96		R$ 1.846,96	02/07/2021	83483180	808-7
29/06/2021	NFe	1192558	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 2.693,00		R$ 2.693,00	02/07/2021	83483663	808-7
29/06/2021	NFe	189420	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 4.990,80		R$ 4.990,80	02/07/2021	83484177	808-7
30/06/2021	NFe	51131	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR	R$ 2.121,00		R$ 2.121,00	02/07/2021	83484702	808-7
30/06/2021	NFe	210796	LUMAR COM. DE PROD. FARMAC.	R$ 1.920,40		R$ 1.920,40	02/07/2021	83485179	808-7
30/06/2021	NFe	51134	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR	R$ 10.833,60		R$ 10.833,60	02/07/2021	83485717	808-7
30/06/2021	NFe	51135	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR	R$ 4.191,50		R$ 4.191,50	02/07/2021	83486470	808-7
30/06/2021	NFe	189884	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 1.074,55		R$ 1.074,55	02/07/2021	83486974	808-7
30/06/2021	NFe	189754	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 2.690,00		R$ 2.690,00	02/07/2021	83487508	808-7
30/06/2021	NFe	1192762	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 1.340,00		R$ 1.340,00	02/07/2021	83488047	808-7
29/06/2021	NFe	511349	CM HOSPITALAR - MAFRA	R$ 3.016,00		R$ 3.016,00	02/07/2021	83488657	808-7
29/06/2021	NFe	189494	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 2.100,80		R$ 2.100,80	02/07/2021	83489259	808-7
29/06/2021	NFe	5314	DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP	R$ 4.000,00		R$ 4.000,00	02/07/2021	83489949	808-7
30/06/2021	NFe	18223	MARIA LUISA MOREIRA BEZZON EPP	R$ 94,56		R$ 94,56	02/07/2021	138788	808-7
30/06/2021	NFe	210827	LUMAR COM. DE PROD. FARMAC.	R$ 907,35		R$ 907,35	02/07/2021	142806	808-7
30/06/2021	NFe	210825	LUMAR COM. DE PROD. FARMAC.	R$ 596,80		R$ 596,80	02/07/2021	142806	808-7
30/06/2021	NFe	1455284	COM. CIRURGICA RIOCLARENSE	R$ 4.202,70		R$ 4.202,70	02/07/2021	143868	808-7
29/06/2021	NFe	1454770	COM. CIRURGICA RIOCLARENSE	R$ 16.141,00		R$ 16.141,00	02/07/2021	143868	808-7

DATA DOCUMENTO	DOC.	Nº	CREDOR	VALOR	RETENÇÃO ENCARGOS	VR PAGO P/ CONVÊNIO	DATA DO PAGTO	Nº TED PAGTO	C/C
30/06/2021	NFe	39007	COM. CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	R$ 1.157,88		R$ 1.157,88	02/07/2021	144738	808-7
30/06/2021	NFe	39000	COM. CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	R$ 11.018,65		R$ 11.018,65	02/07/2021	144738	808-7
30/06/2021	NFe	1914682	EUROFARMA	R$ 16.923,30		R$ 16.923,30	07/07/2021	88649703	808-7
30/06/2021	NFe	2261016	CM HOSPITALAR - MAFRA	R$ 960,00		R$ 960,00	07/07/2021	88650358	808-7
30/06/2021	NFe	916330	COM. CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	R$ 240,00		R$ 240,00	07/07/2021	88651011	808-7
04/06/2021	NFe	6268	F DO PRADO PONTOGLIO	R$ 1.753,80		R$ 1.753,80	20/07/2021	115785	808-7
20/07/2021	NFe	29341	ZAFALON SLUÇÕES HOSPITALARES LTDA	R$ 830,50		R$ 830,50	22/07/2021	135437	808-7
						R$ -			808-7
				R$ 103.592,98	R$ -	R$ 103.592,98			
ADEQUAÇÃO DA ÁREA									
29/06/2021	NFe	6	ROBSON GONÇALVES DE MIRANDA	R$ 600,00		R$ 600,00	01/07/2021	152629	808-7
				R$ 600,00	R$ -	R$ 600,00			
TOTAL				**R$ 104.192,98**	**R$ -**	**R$ 104.192,98**			

CAIXA

Extrato por período

Cliente: IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL

Conta: 3472 | 003 | 00000808-7

Data: 30/08/2021 - 15:47

Mês: Julho/2021

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
01/07/2021	152629	ENVIO TED	600,00 D	600,00 D
01/07/2021	727220	RESG AUTOM	600,00 C	0,00 C
02/07/2021	481042	PAG BOLETO	82,80 D	82,80 D
02/07/2021	481573	PAG BOLETO	3.940,00 D	4.022,80 D
02/07/2021	482087	PAG BOLETO	1.054,63 D	5.077,43 D
02/07/2021	482621	PAG BOLETO	870,40 D	5.947,83 D
02/07/2021	483180	PAG BOLETO	1.846,96 D	7.794,79 D
02/07/2021	483663	PAG BOLETO	2.693,00 D	10.487,79 D
02/07/2021	484177	PAG BOLETO	4.990,80 D	15.478,59 D
02/07/2021	484702	PAG BOLETO	2.121,00 D	17.599,59 D
02/07/2021	485179	PAG BOLETO	1.920,40 D	19.519,99 D
02/07/2021	485717	PAG BOLETO	10.833,60 D	30.353,59 D
02/07/2021	486470	PAG BOLETO	4.191,50 D	34.545,09 D
02/07/2021	486974	PAG BOLETO	1.074,55 D	35.619,64 D
02/07/2021	487508	PAG BOLETO	2.690,00 D	38.309,64 D
02/07/2021	488047	PAG BOLETO	1.340,00 D	39.649,64 D
02/07/2021	488657	PAG BOLETO	3.016,00 D	42.665,64 D
02/07/2021	489259	PAG BOLETO	2.100,80 D	44.766,44 D
02/07/2021	489949	PAG BOLETO	4.000,00 D	48.766,44 D
02/07/2021	138788	ENVIO TED	94,56 D	48.861,00 D
02/07/2021	142806	ENVIO TED	1.504,15 D	50.365,15 D
02/07/2021	143868	ENVIO TED	20.343,70 D	70.708,85 D
02/07/2021	144738	ENVIO TED	12.176,53 D	82.885,38 D
02/07/2021	727220	RESG AUTOM	82.885,38 C	0,00 C
05/07/2021	000001	CRED TED	103.100,00 C	103.100,00 C
06/07/2021	265183	APLICACAO	103.100,00 D	0,00 C
07/07/2021	649703	PAG BOLETO	16.923,30 D	16.923,30 D

https://internetbanking.caixa.gov.br/SIIBC/imprime_ext_periodo.processa?hdnDataInicio=01/07/2021&hdnDataFinal=31/07/2021

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento

Para simples verificação

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
PONTAL, SP	3472	5948	20/08/2021

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FIC GIRO MPE RF REF DI LP	10.551.370/0001-70	09/09/2013

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/06/2021	Cota em: 30/07/2021
0,2820	0,8737	0,9212	1,715407	1,720244

Administradora

Nome	Endereço	CNPJ da Administradora
Caixa Econômica Federal	SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	00.360.305/0001-04

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL	55.110.753/0001-41	003.00000808-7	07/2021	01/01

Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	129.607,34C	75.554,859867
Aplicações	103.100,00C	60.073,393255
Resgates	104.192,98D	60.718,508363
Rendimento Bruto no Mês	348,67C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	128.863,03C	74.909,744758
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
01 / 07	RESGATE	600,00D	349,727522
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
02 / 07	RESGATE	82.885,38D	48.306,483758
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
06 / 07	APLICACAO	103.100,00C	60.073,393255
07 / 07	RESGATE	18.123,30D	10.558,534061
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
20 / 07	RESGATE	1.753,80D	1.020,599141
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
22 / 07	RESGATE	830,50D	483,163880
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	0,00	0,00

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp

Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2324 / 00000500962-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ROBSON GONCALVES DE MIRANDA MEI
CPF/CNPJ:	343.751.778-37
Valor:	R$ 600,00
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	01/07/2021
Data / Hora da operação:	01/07/2021 16:04:24

Código da operação: 00152629
Chave de segurança: SXW278L2CJ5M08ZG

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

808 adiq

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

Prefeitura Municipal de Pontal

Município de Pontal

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
6

Código de Verificação de Autenticidade
OHJXU9484

Data e Hora de Emissão da NFS-e
29/06/2021 às 14:59:20

Chave de Acesso
482641EBL2R7PCMLN5H1BFKI4W27WH6C

Para certificação da autenticidade acesse http://45.71.128.162:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**PONTAL-SP**	**PONTAL - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				29/06/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário Individual (MEI)**	**01 - Não Possui ISSQN**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
30.946.716/0001-47	**550040367116**	**000009756**	**000035369**	ROBSON GONÇALVES DE MIRANDA 34375177837 - MEI

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA ETEVALDO HECK PRADELA, 67		**RESIDÊNCIAL FRANCISCO DE PAULA**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
14180-000	**PONTAL-SP**	**16-3953-7196**	**robson.mrd@gmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
55.110.753/0001-41			**IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000		**CENTRO**

CEP/Cod.Postal	Cidade/Pais	Telefone	E-mail
14180-000	**PONTAL - SP**		**rh@iscmpontal.com.br**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Instalação de dutos de ventilação.	600,00	R$ 600,00

Adequação da estrutura física da Nova Usina de Obrigênio conforme orientação anexa Sultec

Renata Cristina Pereira
Gerente Operacional
CPF: 138.637.238-21

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **07.05**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Reparação, conservação e reforma de edifícios, estradas, pontes, portos e congêneres (exceto o	**0,00%**	**0000070000005**	**4322302**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 600,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 600,00**	**R$ 0,00**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Liquido da NFS-e: R$ 600,00

Informações Complementares

PAGO EXCLUSIVO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MÁSCARA COVID 19 DECRETO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 600,00

RECEBEMOS(OS) DE **ROBSON GONÇALVES DE MIRANDA 34375177837 - MEI** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **6** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **OHJXU9484**.

Data / / CPF/RG Assinatura

Robson Gonçalves Miranda
Banco Bradesco
Agência : 2324
Conta corrente:
0500.962-6

Pix : ~~343 341.778-37~~
343.751.778-37 Correto

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

DATA	MEMORANDO		NÚMERO
29_06_21			
DESTINATÁRIO	**DEPARTAMENTO**	**EMITENTE**	**DEPARTAMENTO**
Zuleica	Financeiro	Renata	Adm.

Solicito autorização para pagamento da Nota Fiscal nº 6 em nome de Rafson Gonçalves de Miranda MEI, referente à adequação da nova Usina de Oxigênio conforme orientação da Diretoria.

Renata Cristina Pereira
Gerente Operacional
CPF : 138.637.238-21

Zuleika Ap. Favaretto
Gerente Geral
CPF: 019.932.768-82

Renata Pereira

ASSINATURA:

GOIANO CALHAS

ORÇAMENTO/PEDIDO

Fone: (16) 99184-9107
99289-3586

Nº 106

Rua: Fernando Costa, 225 - Vila Regina - Pontal/SP - CEP: 14.180-000

Nome: SANTA CASA

RG: _____ CPF: _____ End.: _____

Juros _____ Multas _____

Cond. Pagamento: _____ Prazo Entrega _____ Validade _____

03	UN	DUTO DE VENTILAÇÃO MAQUINAS	700,00

TOTAL 700,00

Data 23 / 06 / 21 Assinatura _____

Calhas & Cia

ORÇAMENTO

Silvano Martins

Fone: (16) 3953-6267
Cel. Claro: (16) 9.9116-9810
Cel. Vivo: (16) 9.9743-6267

CNPJ: 11.260.898/0001-53 - Inscr. Est.: 550.084.443.112 - Inscr. Mun.: 7.185

Rua João de Barros Júnior, 203 - Bairro Francisco de Paula - CEP 14.180-000 - PONTAL/SP

PONTAL 21 de JUNHO de 2021 Nº 113

Nome Santa Casa Fone:

End.:

Cidade: Veículo:

Quant.	Discriminação	Preço		
03	DUTO VENTILAÇÃO			
	CHAPA 26	680,00		
	TOTAL	680,00		

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Rbn Serviços

(16)99289-3586

Robson G. Miranda

Cliente: Santa Casa

>>Serviço a ser Prestado:

--Instalação de 03 dutos de ventilação com
0,65 metros de comprimento

Total:R$600,00

Pontal, 25 de junho, 2021

Renata Cristina Pereira
Gerente Operacional
CPF : 138.637.238-21

Data: 06-05-2021 [09:18:47 -03]
De: rodrigo@fulltecgases.com.br
Para: gerenteoperacional@iscmpontal.com.br
Cc: luiz@fulltecgases.com.br, david@fulltecgases.com.br, marcio@fulltecgases.com.br
Assunto: RES: e-mail para pontal

Bom dia, Prezada Senhora Renata.

Venho por meio deste e-mail alertá-los.

Conforme a visita técnica realizada recentemente, nosso técnico nos passou algumas inconformidades na sala dos equipamentos, que precisam ser corrigidas rapidamente, para evitar parada de máquina na qual poderá ocorrer o corte do fornecimento de oxigênio imediatamente devido a falta dos dutos e porta da sala aonde se encontra a Usina de Oxigênio, pois se trata da parte vital da usina de oxigênio que são os compressores.

Orientamos a instalação de um duto de Ar na saída dos compressores, para que os mesmo trabalhem em conformidade.

No layout atual ocorre fatores como:

° Retorno de ar quente(Com a recorrência deste retorno ocorrerá a danificação no sistema, prejudicando a usina na qual vai para de funcionar devido ao aquecimento do sistema).

° E também não permite manutenção devido ao distanciamento do compressor a parede. (no mínimo 40 cm de distância da parede), do jeito que está dificulta o acesso para manutenção, na qual não sendo feita devido à falta dos dutos vai causar paradas de máquina e consequentemente perda de eficiência da usina e ocorrerá danos irreversíveis no sistema, interrompendo imediatamente a fabricação do oxigênio pela Usina, devido a falta de matéria prima ser mundial, não temos a previsão de quando poderíamos fazer a manutenção se isso vier a ocorrer por isso, pedimos que seja feito a dutação e a porta da sala da Usina)

Ao decorrer do tempo a falta de uma saída de ar pode comprometer o funcionamento do equipamento. (reforçamos a necessidade de que seja feito os dutos imediatamente, que é de responsabilidade do Hospital pela infraestrutura).

Abaixo segue imagem de equipamentos com saídas de ar:

Também gostaríamos de reforçar a questão de importância de uma porta de aceso na sala, para evitar entrada de insetos, folhas sujeira e objetos no qual podem ser tragados pelas hélices dos compressores na qual vai causar parada imediata da

Usina, interrompendo o fornecimento de Oxigenio

É orientado também a pintura dos pontos de consumo, da usina até ao quarto do paciente, conforme a norma para identificação e padronização para que em uma eventual intercorrência da rede de gases seja fácil a identificação para que não ocorra falha em uma eventual manutenção na rede de gases, por esse motivo existem as padronização de cores por tipo de gases.

°Cinza: Vácuo

°Amarelo: Ar

°Verde: Oxigênio

Rodrigo Marcatti
Dep. Administrativo
rodrigo@fulltecgases.com.br
+55 (41) 3085 5257
Rua Doutor Plínio Gonçalves Marques, 1264 - Pinheirinho
cep 81580-300 - Curitiba - Paraná
Full tec Gases
usinas geradoras de oxigênio / oxygen generator
usinas geradoras de nitrogênio / nitrogen generator
tratamento de ar comprimido / treatment for compressed air
sistemas de vácuo / vacuum systems
peças de reposição / replacement parts
assistência técnica especializada / specialized technical assistence
www.fulltecgases.com.br

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.85426 49000.000007 38759.201015 3 86960000008280
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
Nome/Razão Social:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.274.988/0001-38**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	29/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	82,80
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	82,80
Valor Pago (R$):	82,80

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:21:23

Código da operação: 083481042

Chave de segurança: P9EW6XTZPPYC2HTE

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.051.004
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 2749 8800 0138 5500 1000 0510 0410 1433 2502

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210726816880 - 29/06/2021 12:34:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	29/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
PONTAL	SP	1639531716		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	29/07/2021
Valor	R$ 82,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
82,80	14,90	0,00	0,00	0,00	0,00	82,80
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	82,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-Remetente				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volumes			0,510	0,510

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O.CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
51090	FUROSEFARMA 10MG/ML SOL INJ 2ML CX C/ 100 AP/FARMACE S+ Lote: FS21E029 Qtd: 100 Fab: 01/05/2021 Val: 19/05/2023	30039086	000	5102	AP	100	0,8280	82,80	82,80	14,90			18,00	

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 29/06/21
C. P. D. 29/06/21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

PAGO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 82,80

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:1433250
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 11,14 Estadual: R$ 9,94 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**	Agência/Ident.Beneficiário **0289 / 8542490**	Data do Documento **29/06/2021**	Vencimento **29/07/2021**
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: **51004-01**	Nosso Número: 0038759	Valor do Documento: **82,80**

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.85426 49000.000007 38759.201015 3 86960000008280**

Local de Pagamento:
Pagável Preferencialmente na rede SANTANDER.

Vencimento: **29/07/2021**

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

Agência/Ident.Beneficiário: **0289 / 8542490**

Data do documento: **29/06/2021**	No. do documento **51004-01**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **29/06/2021**	Nosso Número **0038759-2**
Uso do Banco	Carteira **101** / Espécie Moeda **R$**	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento **82,80**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,25 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 1,66
SUJEITO A PROTESTO 5 DIAS APÓS O VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
14180-000 - PONTAL-SP
55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

PAGO

Declaro ter recebido 100 unidade(s)/ 1 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000051004 serie 001
e pedido 1433250 de 29/06/2021
Pedido fornecedor:
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE	ROTA
PONTAL-SP	
CLIENTE	CNPJ
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**55.110.753/0001-41**
TRANSPORTADORA	

NOTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000051004

(___) Avaria (___) Falta (___) Excedente (___) Desacordo

Item:_____

Quantidade:_____

Lote:_____

No caso de avarias: (___) Avaria caixa interna (___) Avaria caixa externa

No caso de falta: (___) Falta de volume (___) Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000051004

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes. Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

SIH-R<HCMP0004> Emissão 25/06/2021 14:48

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2533

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 75 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA **Data Ped:** 25/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 35 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
25434- 1 FUROSEMIDA 10MG/ML AMP 2 ML-AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		100,0000	0,8280	0,0000	0,0000	82,8000
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens:	82,8000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
82,8000	0,0000	0,0000	82,8000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.37609 90000.001397 03000.249403 1 86950000394000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**CM HOSPITALAR SA**
Nome/Razão Social:	**CM HOSPITALAR SA**
CPF/CNPJ:	**12.420.164/0001-57**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	28/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	3.940,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	3.940,00
Valor Pago (R$):	3.940,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:21:48

Código da operação: 083481573

Chave de segurança: 3JALV8KF6GKHQY3C

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Identificação do emitente

C M HOSPITALAR S.A. (RPO)

AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055
RIBEIRAO PRETO/SP
Fone: 551621019400

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000916108
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0612 4201 6400 0157 5500 1000 9161 0811 0013 4513

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135210729708219 29/06/2021 22:03:46-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
582557602113		12.420.164/0001-57

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)	55.110.753/0001-41	29/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753	CENTRO	14180-000	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
PONTAL	161639531719	SP		

FATURA

001
28/07/2021
3.940,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.940,00	709,20	0,00	0,00	3.940,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.940,00

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
T2011 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA	0-EMITENTE				18.320.396/0001-10

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA OSASCO - GALPAO D	CAJAMAR	SP	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
7	Diversos			88	88

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
207609	EQUIPO MAC FLEX/ FAR/INJ.L/SLIP/ 1,5M C/25 - DESC ARPACK	90189010	200	5102	PCT	120,0000	30,000000	3.600,00	3.600,00	0,00	648,00	0,00	18.00%	0.00%	120	SEMAAA0397	28/02/2026	01/03/2021
808894	ELETRODO AD MED ITRACE 200 PCTE 100 REF 3105052 2 - MEDITRACE	90181100	200	5102	PT	10,0000	34,000000	340,00	340,00	0,00	61,20	0,00	18.00%	0.00%	10	004202X	12/02/2023	12/02/2020

PAGO

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20000696			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
2550
Nosso Pedido: 99FGK6

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 3.940,00

Pedido: 99FGK6
Rep.: 000395

Nº da OS	Volumes
600002256545 (G)	6
600002256544 (P)	1
Total	**7**

RESERVADO AO FISCO

CONTROLE DE MERCADORIA

PORTARIA	/ /	
ALMOXARIFADO	30 06 21	Celio
C. P. D.	30 06 21	Celio
ADMINISTRAÇÃO	/ /	
AP Nº	/ /	
DIRETORIA	/ /	

Bradesco 237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	3376-6/00002494-5	000916108	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**28/07/2021**	**3.940,00**	( ) Não existe nº indicado
			( ) Recusado
			( ) Não procurado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
	Data	Entregador	( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco 237-2

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **28/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
29/06/2021	000916108	DM	N	29/06/2021	09/00000013903-6

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	09	R$			**3.940,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 7,88 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

PAGO

Bradesco 237-2 **23793.37609 90000.001397 03000.249403 1 86950000394000**

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **28/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
29/06/2021	000916108	DM	N	29/06/2021	09/00000013903-6

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	09	R$			**3.940,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 7,88 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

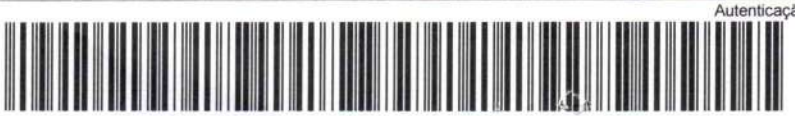
Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**



SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:43

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2550

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 1 - CM HOSPITALAR LTDA (RPO) **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
66990- 1 EQUIPO P/SORO MACRO GOTAS C/INJETOR (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	3.000,0000	1,2000	0,0000	0,0000	3.600,0000
121666- 1 ELETRODO DESC.ADULTO P/ MONITORIZAÇÃO- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	1.000,0000	0,3400	0,0000	0,0000	340,0000

Totais:

Total Bruto dos itens:	3.940,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
3.940,0000	0,0000	0,0000	3.940,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.32140 01369.899800 00751.690017 4 86950000105463
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA**
Nome/Razão Social:	**LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA**
CPF/CNPJ:	**49.228.695/0001-52**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	SC PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	28/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.054,63
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.054,63
Valor Pago (R$):	1.054,63

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:22:13

Código da operação: 083482087

Chave de segurança: 1UH5CNWMP0S3EF3C

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda

Av. Wilson Bego,745
Distrito Industrial Franca - SP
CEP:14406-091 Fone: (16)37211102

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº: 000.210.799

SÉRIE: 0 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2107 9911 1877 7450

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA		135210732203352 30/06/2021 11:19:30
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
310049440111		49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA**
Rua Ananias Costa Freitas, 753	Centro		14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**ESTADO**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Pontal	(16)3953-1716	SP		

FATURA / DUPLICATAS

Número	Vencto	Valor
001	28/07/2021	1054.63

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.054,63	189,84	0,00	0,00	1.054,63
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL**
0,00		0,00	0,00		1.054,63

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0-EMITEMTE 1-DESTINATÁRIO)	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME	0				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA MARIA CERON VOLPE , 2260	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	Caixa(s)			20,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
057710	COMPR.GAZE 7,5X7,5 EST.9F 10UN HERIKA (10G) Lote:049 1 Qtde: 1565 Venc: 31/08/2025	3005.90.90	000	5102	PCT	1.565,00	0,3728	583,43	0,00	583,43	105,02	0,00	18,00	0,00
060615	MASCARA PROT. PFF2 N95 S/V.1UN Lote:--- Qtde: 180 Venc: 30/04/2024	6307.90.10	000	5102	PCT	180,00	2,0900	376,20	0,00	376,20	67,72	0,00	18,00	0,00
060640	EXTENSAO PARA OXIGENIO 2MT MEDSONDA Lote:59424 Qtde: 50 Venc: 31/03/2025	9018.39.99	000	5102	PCT	50,00	1,9000	95,00	0,00	95,00	17,10	0,00	18,00	0,00

CONTROLE DE MERCADORIA

PORTARIA ___/___/___

ALMOXARIFADO 01/07/21 ass

C. P. D. 01/07/21 ass

ADMINISTRAÇÃO ___/___/___

AP Nº ___ ___/___/___

DIRETORIA ___/___/___

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 95,00 Lista Neutra 959,63
Televendas ELEONICE - Conferente Lia - End. Conf. B
Local Entrega Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - CEP 14180-000
PED. N 2551/2021

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.054,63

Cliente: 529 Pedido: 555470

Impresso em 30/06/2021 11:19:52 por Ana Claudia

RELATÓRIO DE CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Este relatório não tem valor fiscal e é uma simples representação da CCe indicada abaixo.

CONSULTE A AUTENTICIDADE DA CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

SÉRIE	NÚMERO DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CHAVE DE ACESSO
000	000.210.799	3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2107 9911 1877 7450

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGÃO	TIPO DE AMBIENTE		DATA E HORÁRIO DO EVENTO
35	1 - PRODUÇÃO		30/06/2021 17:13:37
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	SEQUÊNCIA DO EVENTO	VERSÃO DO EVENTO
110110	Carta de Correcao	1	1

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

11011035210649228695000152550000002107991118777450 01-procEventoNFe.xml

STATUS	PROTOCOLO	DATA E HORÁRIO DO REGISTRO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135210734584872	30/06/2021 17:13:40

EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA			49.228.695/0001-52
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP
AV. WILSON BEGO,745		DISTRITO INDUSTRIAL	14406-091
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FRANCA	1637211102	SP	310049440111

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41
ENDEREÇO		BAIRRO	CEP
Rua Ananias Costa Freitas, 753,0000		Centro	14180-000
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Pontal	1639531716	SP	

CORREÇÃO

CARTA DE CORRECAO PARA TRANSPORTADORA: LEIA-SE FRETE 3 = TRANSPORTE PROPRIO POR CONTA DO REMETENTE - LUMAR COMECIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA INSCRICAO ESTADUAL 310049440111 CNPJ 49.228.695/0001-52- * - * - * -

SICOOB

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA WILSON BEGO 745 DISTRITO INDUSTRIAL ANTONIO DE FRANCA - SP	49.228.695/0001-52 14406-091	28/07/2021	1.054,63
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 29/07/2021 Juros 0,17%/dia Não conceder desconto. Protesto no 15º dia útil após Venc.		Data de Emissão 30/06/2021	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário 3214/3698998	
		Nosso Número 7516-9	

Dados do Pagador

Nome do pagador SC PONTAL		Número do Documento 210799
Endereço RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753		
Bairro / Distrito CENTRO		
Município PONTAL	UF SP	CEP 14180-000
Mensagem Pagador		

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

SICOOB | 756 | **75691.32140 01369.899800 00751.690017 4 86950000105463**

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					28/07/2021
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA 49.228.695/0001-52					3214/3698998
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
30/06/2021	210799	DM	N	30/06/2021	7516-9
Uso do Banco	Carteira / Espécie	Quantidade		Valor	Valor documento
	1 R$	0,00			1.054,63
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 29/07/2021 Juros 0,17%/dia Não conceder desconto. Protesto no 15º dia útil após Venc. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED				PAGO	(-) Desconto / Abatimento (-) Outras deduções (+) Mora / Multa
Pagador SC PONTAL RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 CENTRO PONTAL - SP 14180-000 Beneficiário Final				55.110.753/0001-41	(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 12:54

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2551

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Quantidade *	Situação do Item / (Vlr. Unitário + Valor IPI - Desconto)			No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / = Vlr.Total
62765- 1 COMPRESSA DE GASE 7,5X7,5 9FIOS C/10		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	1.565,0000	0,3728	0,0000	0,0000	583,4320
Complemento do item					
77631- 1 MASCARA PROT.P/ TUBERC.N95-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	180,0000	2,0900	0,0000	0,0000	376,2000
Complemento do item					
124308- 1 EXTENSAO P/OXIGENIO 2 METROS PVC-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	50,0000	1,9000	0,0000	0,0000	95,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.054,6320
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
1.054,6320	0,0000	0,0000	1.054,6320

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841208 00036.314177 5 86740000087040
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	07/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	870,40
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	870,40
Valor Pago (R$):	870,40

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:22:39

Código da operação: 083482621

Chave de segurança: 3NG107JYZUCV03YP

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1192882
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1928 8210 0027 4709

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152214183508608 30/06/2021 19:17:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
PONTAL	1639531716	SP		19:17

FATURA / DUPLICATA

00[illegible] 07/07/2021 870,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
725,30	87,04	0,00	0,00	870,40
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00		0,00	0,00	870,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO			GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXAS			6,00	6,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
49730	MASCARA PFF2 HOSP. 9920H C/50 - 3M (Lote: 2114400650, Qtde: 4, Dt Val: 31/05/2024 ,Data Fab: 01/05/2021)	63079010	020	6108	PCT	4	217,6000	870,40	725,30	87,04		12,00	

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 01/07/21
C. P. D. 01/07/21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 870,40

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.° 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 159,51, Federal, R$ 72,47, Estadual, R$ 87,04
Pedido: 1278381
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633751854115 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

PAGO

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
870,40		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088412000036314	21192882U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
870,40	33088412000036314	21192882U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841208 00036.314177 5 86740000087040

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 07/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0003-26

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
30/06/2021	21192882U	DM	N	30/06/2021

NOSSO NÚMERO: 33088412000036314

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17	R$		

(=) VALOR DO DOCUMENTO: 870,40

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 0,87 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MULTA/MORA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador: IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

PAGO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 17:10

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2567

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 122 - DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 15 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	**Situação do Item**	**No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)**
Centro de Custo	**Quantidade * (Vlr. Unitário + Valor IPI - Desconto) =**	**Vlr.Total**
Observação do Pedido		
77631- 1 MASCARA PROT.P/ TUBERC.N95-UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000 4,3520 0,0000 0,0000	870,4000
Complemento do item 9920H		

Totais:

Total Bruto dos itens:	870,4000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	**Encargo Pedido -**	**Desconto Pedido =**	**Total do Pedido**
870,4000	0,0000	0,0000	870,4000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.85426 49000.000007 38879.301018 7 86770000184696
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
Nome/Razão Social:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.274.988/0001-38**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	10/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.846,96
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.846,96
Valor Pago (R$):	1.846,96

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:23:06

Código da operação: 083483180
Chave de segurança: H28YA07SJA98UTFT

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.051.133
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3521 0604 2749 8800 0138 5500 1000 0511 3310 1435 1326

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210735097339 - 30/06/2021 18:47:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
PONTAL	SP	1639531716		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	10/07/2021
Valor	R$ 1.846,96

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CALC ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
1.846,96	248,46	0,00	0,00	0,00	0,00	1.846,96

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	1.846,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PROPRIO	0-Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA HUMAITA,290	RIBEIRAO PRETO	SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
9	Volumes			49,660	49,660

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

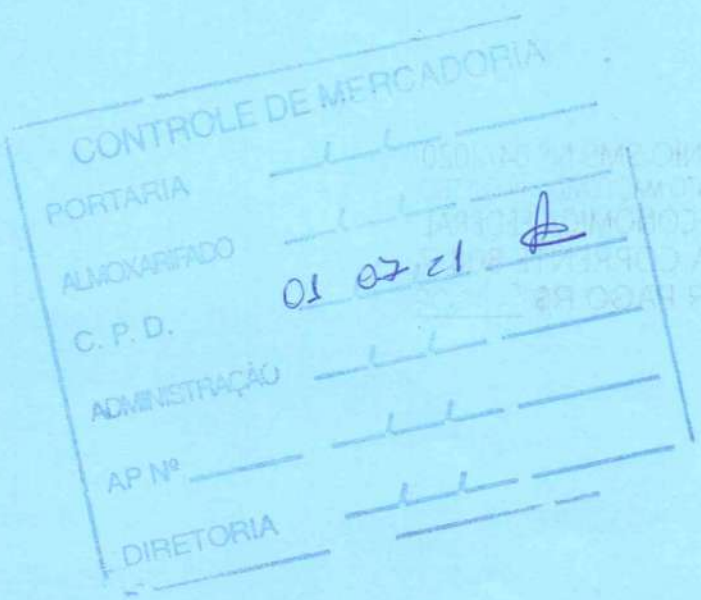
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O.CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALÍQ ICMS	ALÍQ. IPI
52215	CATETER NASAL TIPO OCULOS ESTERIL 1,50M C/ 6 UN/BIOSANI Lote: 52876 Qtd: 72 Fab: 01/05/2021 Val: 30/05/2024	90183929	000	5102	UN	72	0,8300	59,76	59,76	10,76			18,00	
52384	SERINGA DESC 10ML S/ AGULHA LUER SLIP CX C/ 100 UNID/MEDIX Lote: 21/77 Qtd: 2000 Fab: 01/02/2021 Val: 01/01/2026	90183119	200	5102	UN	2.000	0,3350	670,00	670,00	89,11			13,30	
23009	SERINGA DESC 20ML S/ AGULHA LUER SLIP C/ 300/INJEX Lote: 3038/21 Qtd: 1800 Fab: 01/03/2021 Val: 30/03/2026 Lote: 3115/21 Qtd: 300 Fab: 01/04/2021 Val: 30/04/2026	90183119	000	5102	UN	2.100	0,5320	1.117,20	1.117,20	148,59			13,30	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.846,96

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C. P. D.
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA
01 07 21

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: **PEDIDO 2552** Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:1435132 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0 "CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO" Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 261,81 Estadual: R$ 245,65 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT	PAGO


CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C. P. D.
01 02 21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**	Agência/Ident.Beneficiário **0289 / 8542490**	Data do Documento **30/06/2021**	Vencimento **10/07/2021**
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: **51133-01**	Nosso Número: 0038879	Valor do Documento: **1.846,96**

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.85426 49000.000007 38879.301018 7 86770000184696**

Local de Pagamento:
Pagável Preferencialmente na rede SANTANDER.

Vencimento: **10/07/2021**

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

Agência/Ident.Beneficiário: **0289 / 8542490**

Data do documento: **30/06/2021**	No. do documento **51133-01**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **30/06/2021**	Nosso Número **0038879-3**
Uso do Banco	Carteira **101** / Espécie Moeda **R$**	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento **1.846,96**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 5,54 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 36,94
SUJEITO A PROTESTO 5 DIAS APÓS O VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
14180-000 - PONTAL-SP
55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

PAGO

Declaro ter recebido 4172 unidade(s)/ 9 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000051133 serie 001
e pedido 1435132 de 30/06/2021
Pedido fornecedor:
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE	ROTA
PONTAL-SP	
CLIENTE	CNPJ
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**55.110.753/0001-41**
TRANSPORTADORA	
PROPRIO	

NOTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000051133

(___) Avaria (___) Falta (___) Excedente (___) Desacordo

Item:_____

Quantidade:_____

Lote:_____

No caso de avarias: (___) Avaria caixa interna (___) Avaria caixa externa

No caso de falta: (___) Falta de volume (___) Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000051133

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes. Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:14

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2552

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 75 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Quantidade * (Vlr. Unitário + Valor IPI - Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido		
59882- 1 CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO -UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	72,0000 0,8300 0,0000 0,0000	59,7600
Complemento do item		
86514- 1 SERINGA DESC.10ML BICO SLIP -UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	2.000,0000 0,3350 0,0000 0,0000	670,0000
Complemento do item		
86538- 1 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	2.100,0000 0,5320 0,0000 0,0000	1.117,2000
Complemento do item		

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.846,9600
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
1.846,9600	0,0000	0,0000	1.846,9600

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841208 00036.039170 7 86730000269300
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	06/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	2.693,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	2.693,00
Valor Pago (R$):	2.693,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:23:30

Código da operação: 083483663

Chave de segurança: A7EM09FE773SF29K

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1192558
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1925 5810 0001 7550

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152214180403693 29/06/2021 19:39:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	29/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	29/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		19:38

FATURA / DUPLICATA

001 06/07/2021 2.693,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.244,08	269,30	0,00	0,00	2.693,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.693,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13	CAIXAS			11,30	11,30

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
37426	CATETER IV N 20 CX C/200 - ANGIO-CATH/BD (Lote: 1089510, Qtde: 3, Dt Val: 31/03/2026 ,Data Fab: 01/04/2021)	90183929	020	6108	CX	3	310,0000	930,00	774,97	93,00		12,00	
37314	CATETER IV N 22 CX C/200-ANGIO-CATH -BD (Lote: 1097825, Qtde: 3, Dt Val: 31/03/2026 ,Data Fab: 01/04/2021)	90183929	020	6108	CX	3	310,0000	930,00	774,97	93,00		12,00	
20716	TORNEIRINHA 3 VIAS L.LOCK C/100 -EMBRAMED (Lote: MAR21LOTE066, Qtde: 7, Dt Val: 28/-02/2024 ,Data Fab: 01/03/2021)	90189010	020	6108	CX	7	119,0000	833,00	694,14	83,30		12,00	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 2693,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 3
ITEM 1 e 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 3 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITEM 1 e 2 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.° 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 338,65, Federal, R$ 69.35, Estadual, R$ 269,30
Pedido: 1278039
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633751854115 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

PAGO

CONTROLE DE MERCADORIA

PORTARIA	/ /		
ALMOXARIFADO	30	06	21 celio
C. P. D.	01	07	21 celio
ADMINISTRAÇÃO	/ /		
AP Nº	/ /		
DIRETORIA	/ /		

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
2.693,00		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088412000036039	21192558U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
2.693,00	33088412000036039	21192558U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841208 00036.039170 7 86730000269300

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 06/07/2021

BENEFICIÁRIO: DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0003-26

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
29/06/2021	21192558U	DM	N	29/06/2021	33088412000036039

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17	R$			2.693,00

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 2,69 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

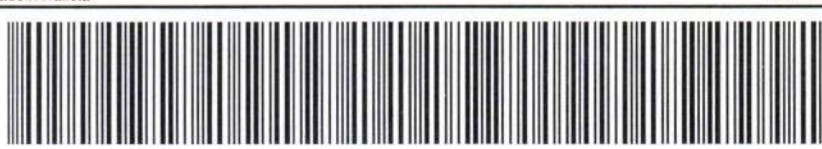
(-) DESCONTO/ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) MULTA/MORA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 15:33

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2564

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 122 - DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 15 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Quantidade * (Vlr. Unitário + Valor IPI - Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido		

3994- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 20-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	600,0000	1,5500	0,0000	0,0000	930,0000
Complemento do item					
3995- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 22-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	600,0000	1,5500	0,0000	0,0000	930,0000
Complemento do item					
92216- 1 TORNEIRINHA DESC.3 VIAS C/LUER LOOK-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	700,0000	1,1900	0,0000	0,0000	833,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	2.693,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
2.693,0000	0,0000	0,0000	2.693,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841109 00042.355172 1 86730000499080
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	06/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	4.990,80
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	4.990,80
Valor Pago (R$):	4.990,80

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:23:54

Código da operação: 083484177

Chave de segurança: 6Z68PW1AQMJXWT5V

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 189420
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1894 2010 0079 7306

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210729312543 29/06/2021 19:59:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	29/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	29/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		19:50

FATURA / DUPLICATA

001 06/07/2021 4.990,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.990,80	898,34	0,00	0,00	4.990,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	4.990,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
25	CAIXAS			120,25	120,25

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33171	FRASCO P/NUTRI.ENTERAL 300ML C/90-BIO-BASE (Lote: 439371, Qtde: 2, Dt Val: 15/06/2026 ,Data Fab: 15/06/2021)	39269030	000	5102	CX	2	80,7000	161,40	161,40	29,05		18,00	
49480	LUVA P/PROCEDIMENTO P C/100-NUGARD (Lote: 2381B20, Qtde: 60, Dt Val: 30/09/2025 ,Data Fab: 01/09/2020)	40151900	200	5102	CX	60	58,5000	3.510,00	3.510,00	631,80		18,00	
50195	PAPEL LENCOL 70X50 C/10 (BCO)-FORTCLEAN (Lote: 07421, Qtde: 16, Dt Val: 30/04/2026 ,Data Fab: 01/04/2021)	48030090	000	5102	CX	16	76,3000	1.220,80	1.220,80	219,74		18,00	
30402	SONDA ENDOTR.PVC C/BL N.7,5 C/10-SOLIDOR (Lote: 29020081, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/2025 ,Data Fab: 01/08/2020)	90183929	200	5102	CX	2	49,3000	98,60	98,60	17,75		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 3
ITENS 1 a 2,4 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 990,94, Federal, R$ 92,60, Estadual, R$ 898,34
Pedido: 212666
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

PAGO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 4.990,80

CONTROLE DE MERCADORIA

PORTARIA

ALMOXARIFADO 30 06 21 Celio

C. P. D. 01 07 21 Celio

ADMINISTRAÇÃO

AR Nº

DIRETORIA

Dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
4.990,80		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088411000042355	2189420U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
4.990,80	33088411000042355	2189420U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841109 00042.355172 1 86730000499080

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 06/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
29/06/2021	2189420U	DM	N	29/06/2021

NOSSO NÚMERO: 33088411000042355

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17	R$		

(=) VALOR DO DOCUMENTO: 4.990,80

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 4,99 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MULTA/MORA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

PAGO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 15:31

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2548

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 122 - DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
71304- 1 FRASCO DE ALIMENTACAO ENTERAL 300ML-	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		180,0000	0,8967	0,0000	0,0000	161,4060
Complemento do item						
76612- 2 LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA-CAIXA-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		60,0000	58,5000	0,0000	0,0000	3.510,0000
Complemento do item						
79871- 1 PAPEL LENCOL HOSPITALAR 70X50-ROLO-	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		160,0000	7,6300	0,0000	0,0000	1.220,8000
Complemento do item						
87816- 1 SONDA ENDOTRAQUEAL 7,5 C/BALÃO-UNIDADE-	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		20,0000	4,9300	0,0000	0,0000	98,6000
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens: 4.990,8060

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
4.990,8060	0,0000	0,0000	4.990,8060

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.85426 49000.000007 38878.501014 1 86970000212100
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
Nome/Razão Social:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.274.988/0001-38**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	30/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	2.121,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	2.121,00
Valor Pago (R$):	2.121,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:24:19

Código da operação: 083484702

Chave de segurança: LT56K2SPXG92KARV

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.051.131
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 2749 8800 0138 5500 1000 0511 3110 1435 8881

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210735087898 - 30/06/2021 18:45:33

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
PONTAL	SP	1639531716		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	30/07/2021
Valor	R$ 2.121,00

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
1.237,25	164,55	0,00	0,00	0,00	0,00	2.121,00

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	2.121,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PROPRIO	0-Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA HUMAITA,290	RIBEIRAO PRETO	SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
50	Volumes			600,000	600,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
22534	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML CX C/ 10 BO PVC/JP G+ Lote: 061721 Qtd: 500 Fab: 08/04/2021 Val: 08/04/2023	30049099	020	5102	BO	500	4,2420	2.121,00	1.237,25	164,55			13,30	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 2.121,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 01 07 21
C. P. D.
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA
PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: **PEDIDO 2563** Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:1435888 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0 "CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO" Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 285,27 Estadual: R$ 282,09 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT	

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**	Agência/Ident.Beneficiário **0289 / 8542490**	Data do Documento **30/06/2021**	Vencimento **30/07/2021**
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: **51131-01**	Nosso Número: 0038878	Valor do Documento: **2.121,00**

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.85426 49000.000007 38878.501014 1 86970000212100**

Local de Pagamento: **Pagável Preferencialmente na rede SANTANDER.**					Vencimento **30/07/2021**
Beneficiário **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**					Agência/Ident.Beneficiário **0289 / 8542490**
Data do documento: **30/06/2021**	No. do documento **51131-01**		Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **30/06/2021**	Nosso Número **0038878-5**
Uso do Banco	Carteira **101**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento **2.121,00**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 6,36 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 42,42
SUJEITO A PROTESTO 5 DIAS APÓS O VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
14180-000 - PONTAL-SP
55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

PAGO

Declaro ter recebido 500 unidade(s)/ 50 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000051131 serie 001
e pedido 1435888 de 30/06/2021
Pedido fornecedor:
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE	ROTA
PONTAL-SP	
CLIENTE	CNPJ
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**55.110.753/0001-41**
TRANSPORTADORA	
PROPRIO	

NOTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000051131
(___) Avaria (___) Falta (___) Excedente (___) Desacordo
Item:_____
Quantidade:_____
Lote:_____

No caso de avarias: (___) Avaria caixa interna (___) Avaria caixa externa
No caso de falta: (___) Falta de volume (___) Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000051131
MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes. Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 15:31

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2563

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 75 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)			
Centro de Custo	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido					
40897- 1 SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 1000ML -BOLSA-	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	500,0000	4,2420	0,0000	0,0000	2.121,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	2.121,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
2.121,0000	0,0000	0,0000	2.121,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.32140 01369.899800 00751.440017 1 86950000192040
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA**
Nome/Razão Social:	**LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA**
CPF/CNPJ:	**49.228.695/0001-52**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	SC PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	28/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.920,40
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.920,40
Valor Pago (R$):	1.920,40

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:24:42

Código da operação: 083485179

Chave de segurança: REY4GSPFFVWSZGJ0

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda

Av. Wilson Bego,745
Distrito Industrial Franca - SP
CEP:14406-091 Fone: (16)37211102

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000.210.796

SÉRIE: 0 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2107 9611 8662 9086

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA		135210731989142 30/06/2021 10:49:39
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
310049440111		49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA**
Rua Ananias Costa Freitas, 753	Centro		14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**ESTADO**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Pontal	(16)3953-1716	SP		

FATURA / DUPLICATAS

Número	Vencto	Valor
001	28/07/2021	1920.40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.266,22		176,68	0,00	0,00	1.920,40
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL**
0,00		0,00	0,00		1.920,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA 0-EMITEMTE 1-DESTINATÁRIO [0]	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME							15.066.184/0001-60
ENDEREÇO			**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA MARIA CERON VOLPE , 2260			SÃO JOSÉ DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**		**PESO BRUTO**		**PESO LIQUIDO**
21	Caixa(s)				63,00		0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
023543	COLCHICINA 0,5MG 30CP(G) Lote:2017087 Qtde: 10 Venc: 31/12/2022	3004.90.79	000	5102	CX	10,00	8,0400	80,40	0,00	80,40	9,65	0,00	12,00	0,00
030985	AGUA P/INJECAO 1APX10ML Lote:2130719 Qtde: 9 Venc: 31/03/2023 Lote:2131132 Qtde: 2772 Venc: 31/05/2023	3004.90.99	520	5102	AMP	2.781,00	0,4104	1.141,32	0,00	686,50	91,30	0,00	13,30	0,00
049553	AGUA P/INJECAO 1APX10ML Lote:20I8985C Qtde: 1219 Venc: 30/09/2022	3003.90.99	020	5102	AMP	1.219,00	0,4104	500,28	0,00	300,92	40,02	0,00	13,30	0,00
055737	DIPIFARMA(DIPIRONA)500MG/ML AP.2ML Lote:DP20C111C Qtde: 320 Venc: 31/03/2022	3004.90.69	000	5102	AMP	320,00	0,6200	198,40	0,00	198,40	35,71	0,00	18,00	0,00

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.920,40

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

PAGO
01/07/21

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 1.722,00 Lista Negativa 198,40
Televendas ELEONICE - Conferente Lia - End. Conf. B
Local Entrega Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - CEP 14180-000
PED. N 2543/2021

RESERVADO AO FISCO

C. P. D.
AP Nº
DIRETORIA

Cliente: 529 Pedido: 555472

Impresso em 30/06/2021 10:50:16 por Ana Claudia

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:40

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2543

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
11058- 1 AGUA DESTILADA 10 ML -AMPOLA-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	4.000,0000	0,4104	0,0000	0,0000	1.641,6000
18508- 1 COLCHICINA 0,5 MG CPR-CRP-MARCA DISPONVIEL (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	300,0000	0,2680	0,0000	0,0000	80,4000
21374- 1 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML-AMP-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	320,0000	0,6200	0,0000	0,0000	198,4000

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.920,4000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
1.920,4000	0,0000	0,0000	1.920,4000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

SICOOB

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA WILSON BEGO 745 DISTRITO INDUSTRIAL ANTONIO DE FRANCA - SP	49.228.695/0001-52 14406-091	28/07/2021	1.920,40
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 29/07/2021 Juros 0,17%/dia Não conceder desconto. Protesto no 15º dia útil após Venc.		Data de Emissão 30/06/2021	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário	3214/3698998
		Nosso Número	7514-4

Dados do Pagador

Nome do pagador			Número do Documento
SC PONTAL			210796
Endereço			
RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753			
Bairro / Distrito			
CENTRO			
Município		UF	CEP
PONTAL		SP	14180-000
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

SICOOB | 756 | **75691.32140 01369.899800 00751.440017 1 86950000192040**

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					28/07/2021
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA 49.228.695/0001-52					3214/3698998
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
30/06/2021	210796	DM	N	30/06/2021	7514-4
Uso do Banco	Carteira / Espécie	Quantidade		Valor	Valor documento
	1 R$	0,00			1.920,40
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 29/07/2021 Juros 0,17%/dia Não conceder desconto. Protesto no 15º dia útil após Venc. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED					(-) Desconto / Abatimento (-) Outras deduções (+) Mora / Multa
Pagador SC PONTAL RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 CENTRO PONTAL - SP Beneficiário Final			55.110.753/0001-41 14180-000		(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.85426 49000.000007 38880.701016 1 86770001083360
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
Nome/Razão Social:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.274.988/0001-38**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	10/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	10.833,60
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	10.833,60
Valor Pago (R$):	10.833,60

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:25:08

Código da operação: 083485717

Chave de segurança: 3HZRZXTUNFWP288P

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.051.134
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 2749 8800 0138 5500 1000 0511 3410 1435 1285
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210735129376 - 30/06/2021 18:56:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
PONTAL	SP	1639531716		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	10/07/2021
Valor	R$ 10.833,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
10.833,60	1.470,53	0,00	0,00	0,00	0,00	10.833,60
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	10.833,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PROPRIO	0-Remetente				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA HUMAITA,290		RIBEIRAO PRETO		SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Volumes			27,520	27,520

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O.CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
48825	CEFTRIAXONA 1G PO SOL INJ IV S/DIL(GEN)CT C/ 100 FA/BLAU G+ Lote: 21041100 Qtd: 600 Fab: 08/03/2021 Val: 08/03/2023 FCI:266230D5-BEFC-4F51-9045-77B67DE9C637	30042059	500	5102	FA	600	7,6400	4.584,00	4.584,00	550,08			12,00	
31217	CETOPROFENO 100MG PO P/SOL INJ IV (GEN) CT C/50 FA/CRISTALIA G+ Lote: 21030855 Qtd: 800 Fab: 15/03/2021 Val: 15/03/2023	30049039	000	5102	FA	800	4,2600	3.408,00	3.408,00	408,96			12,00	
51090	FUROSEFARMA 10MG/ML SOL INJ 2ML CX C/ 100 AP/FARMACE S+ Lote: FS21E029 Qtd: 200 Fab: 01/05/2021 Val: 19/05/2023	30039086	000	5102	AP	200	0,8280	165,60	165,60	29,81			18,00	
52495	NORADREM 8MG (2MG/ML) SOL INJ 4ML CT C/ 50 AP/HIPOLABOR S+ Lote: AB-112/21 Qtd: 300 Fab: 01/06/2021 Val: 31/05/2023 FCI:1615277E-9AD1-4473-BCFB-6636CE729238	30049099	500	5102	AP	300	8,9200	2.676,00	2.676,00	481,68			18,00	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 10.833,60

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C.P.D.
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA
01 07 21

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: **PEDIDO 2545**
Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:1435128
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 1.457,12 Estadual: R$ 1.334,82 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

PAGO

Impresso em 30/06/2021 as 18:56:11

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**	Agência/Ident.Beneficiário **0289 / 8542490**	Data do Documento **30/06/2021**	Vencimento **10/07/2021**
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: **51134-01**	Nosso Número: 0038880	Valor do Documento: **10.833,60**

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.85426 49000.000007 38880.701016 1 86770001083360**

Local de Pagamento:
Pagável Preferencialmente na rede SANTANDER.

Vencimento: **10/07/2021**

Beneficiário: **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

Agência/Ident.Beneficiário: **0289 / 8542490**

Data do documento: **30/06/2021**	No. do documento **51134-01**		Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **30/06/2021**	Nosso Número **0038880-7**
Uso do Banco	Carteira **101**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento **10.833,60**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 32,50 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 216,67
SUJEITO A PROTESTO 5 DIAS APÓS O VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
14180-000 - PONTAL-SP
55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Declaro ter recebido 1900 unidade(s)/ 2 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000051134 serie 001
e pedido 1435128 de 30/06/2021
Pedido fornecedor:
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE	ROTA
PONTAL-SP	
CLIENTE	CNPJ
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**55.110.753/0001-41**
TRANSPORTADORA	
PROPRIO	

NOTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000051134

(___) Avaria (___) Falta (___) Excedente (___) Desacordo

Item:_____

Quantidade:_____

Lote:_____

No caso de avarias: (___) Avaria caixa interna (___) Avaria caixa externa

No caso de falta: (___) Falta de volume (___) Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000051134

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes. Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 07:50

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2545

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 75 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
16071- 1 CEFTRIAXONA SODICA 1G EV FR (ROCEFIN)-	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		600,0000	7,6400	0,0000	0,0000	4.584,0000
Complemento do item						
16494- 1 CETOPROFENO 100 MG IV FR-FRA. AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		800,0000	4,2600	0,0000	0,0000	3.408,0000
Complemento do item						
25434- 1 FUROSEMIDA 10MG/ML AMP 2 ML-AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		200,0000	0,8280	0,0000	0,0000	165,6000
Complemento do item						
34095- 1 NOREPINEFRINA 8MG/4ML AMP -AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		300,0000	8,9200	0,0000	0,0000	2.676,0000
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens:	10.833,6000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
10.833,6000	0,0000	0,0000	10.833,6000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.85426 49000.000007 38881.501019 9 86770000419150
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
Nome/Razão Social:	**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.274.988/0001-38**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	10/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	4.191,50
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	4.191,50
Valor Pago (R$):	4.191,50

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:25:45

Código da operação: 083486470

Chave de segurança: 2WYSAPFWWRJ051KF

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.051.135
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 2749 8800 0138 5500 1000 0511 3510 1435 1126

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210735129425 - 30/06/2021 18:56:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO		14180-000	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
PONTAL	SP	1639531716		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Vene.	10/07/2021
Valor	R$ 4.191,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CALC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
4.191,50	523,68	0,00	0,00	0,00	0,00	4.191,50
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	4.191,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PROPRIO	0-Remetente				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA HUMAITA,290		RIBEIRAO PRETO		SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Volumes			5,240	5,240

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O.CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALÍQ ICMS	ALÍQ. IPI
43568	AZITROMICINA 500MG (GEN) CT/ C/ 150 CP REV/PRATI DONADUZZI G+ PMC: 5.95 Lote: 21D624 Qtd: 1950 Fab: 09/04/2021 Val: 09/04/2023 FCI:AB99F5C6-DD1E-4C5A-A042-E3ABD1BD6693	30042029	500	5102	CP	1.950	1,2700	2.476,50	2.476,50	297,18			12,00	
39538	IVERMECTINA 6MG (GEN) CT C/ 500 CP/VITAMEDIC G+ Lote: 061232 Qtd: 1000 Fab: 19/02/2021 Val: 19/02/2023	30049059	000	5102	CP	1.000	1,3700	1.370,00	1.370,00	164,40			12,00	
52359	REGRAIR 100MCG AER OR 200DS 17,4G/14,6ML/GSK S+ PMC: 43.68 Lote: SU2P Qtd: 30 Fab: 30/06/2020 Val: 30/06/2022	30049039	200	5102	FR	30	11,5000	345,00	345,00	62,10			18,00	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 4.191,50

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C. P. D. 01 07 21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: **PEDIDO 2546**
Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:1435112
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 596,22 Estadual: R$ 502,98 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário:	Agência/Ident.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	**0289 / 8542490**	**30/06/2021**	**10/07/2021**
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: **51135-01**	Nosso Número: 0038881	Valor do Documento: **4.191,50**

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.85426 49000.000007 38881.501019 9 86770000419150**

Local de Pagamento:
Pagável Preferencialmente na rede SANTANDER.

Vencimento: **10/07/2021**

Beneficiário
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

Agência/Ident.Beneficiário: **0289 / 8542490**

Data do documento:	No. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
30/06/2021	**51135-01**	**DM**	**N**	**30/06/2021**	**0038881-5**

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	101	**R$**			**4.191,50**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 12,57 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 83,83
SUJEITO A PROTESTO 5 DIAS APÓS O VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
14180-000 - PONTAL-SP
55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Declaro ter recebido 2980 unidade(s)/ 2 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000051135 serie 001
e pedido 1435112 de 30/06/2021
Pedido fornecedor:
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE	ROTA
PONTAL-SP	
CLIENTE	CNPJ
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**55.110.753/0001-41**
TRANSPORTADORA	
PROPRIO	

NOTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000051135

(___) Avaria (___) Falta (___) Excedente (___) Desacordo

Item:_____

Quantidade:_____

Lote:_____

No caso de avarias: (___) Avaria caixa interna (___) Avaria caixa externa

No caso de falta: (___) Falta de volume (___) Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000051135

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes. Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:42

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2546

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 75 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Quantidade *	Situação do Item / (Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
4526- 1 IVERMECTINA 6MG-COMPRIMIDO-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	1.000,0000	1,3700	0,0000	0,0000	1.370,0000
Complemento do item					
10868- 1 AEROLIN SPRAY 100MCG/200DOSES -FRASCO-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	30,0000	11,5000	0,0000	0,0000	345,0000
Complemento do item					
13456- 1 AZITROMICINA 500MG CP-CPS-MARCA DISPONVIEL		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	1.950,0000	1,2700	0,0000	0,0000	2.476,5000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	4.191,5000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
4.191,5000	0,0000	0,0000	4.191,5000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841109 00042.717173 3 86740000107455
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	07/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.074,55
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.074,55
Valor Pago (R$):	1.074,55

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:26:09

Código da operação: 083486974

Chave de segurança: 0XFA3NG1T5ZMVNKC

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 189884
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1898 8410 0125 2841

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210735653318 30/06/2021 21:21:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	30/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	30/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		21:17

FATURA / DUPLICATA

001 07/07/2021 1.074,55

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.074,55	128,95	0,00	0,00	1.074,55

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.074,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXAS			1,00	1,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 009234, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/-2023 ,Data Fab: 01/05/2021)	30042099	000	5102	CX	1	1.074,5500	1.074,55	1.074,55	128,95		12,00	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.074,55

01 07 21

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 128,95, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 128,95
Pedido: 212953
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
1.074,55		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088411000042717	2189884U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
1.074,55	33088411000042717	2189884U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841109 00042.717173 3 86740000107455

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 07/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
30/06/2021	2189884U	DM	N	30/06/2021	33088411000042717

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17	R$			1.074,55

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 1,07 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) MULTA/MORA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP
CNPJ.: 55.110.753/0001-41

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 16:18

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2570

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 186 - DUPATRI HOSP COM IMPOR E EXP LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	**Situação do Item**	**No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)**			
Centro de Custo	**Quantidade ***	**(Vlr. Unitário +**	**Valor IPI -**	**Desconto) =**	**Vlr.Total**
Observação do Pedido					
31318- 1 MEROPENEM 1G FR EV-FRA. AMP-MARCA		Entregou			
(4) FARMÁCIA	25,0000	42,9820	0,0000	0,0000	1.074,5500
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.074,5500
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	**Encargo Pedido -**	**Desconto Pedido =**	**Total do Pedido**
1.074,5500	0,0000	0,0000	1.074,5500

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841109 00042.612176 1 86740000269000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	07/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	2.690,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	2.690,00
Valor Pago (R$):	2.690,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:26:34

Código da operação: 083487508

Chave de segurança: 8GL2FF3MAU4WS84N

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 189754
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1897 5410 0128 6350

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210734738072 30/06/2021 17:36:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	30/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	30/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		17:33

FATURA / DUPLICATA

001 07/07/2021 2.690,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.690,00	409,20	0,00	0,00	2.690,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.690,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			10,00	10,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2106920, Qtde: 20, Dt Val: 29/0-2/2024 ,Data Fab: 01/02/2021)	30049045	000	5102	CX	20	62,5000	1.250,00	1.250,00	150,00		12,00	
30981	GLIOCORT 500MG C/50 - NOVAFARMA (Lote: 78PK4163, Qtde: 6, Dt Val: 31/10/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30043210	000	5102	CX	6	240,0000	1.440,00	1.440,00	259,20		18,00	

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 2690,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C.I.P.D.
DIRETORIA
01 02 ad

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 409,20, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 409,20
Pedido: 212957
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

PAGO

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
2.690,00		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088411000042612	2189754U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
2.690,00	33088411000042612	2189754U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841109 00042.612176 1 86740000269000

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 07/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
30/06/2021	2189754U	DM	N	30/06/2021	33088411000042612

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17	R$			2.690,00

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 2,69 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) MULTA/MORA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 14:00

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2562

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 186 - DUPATRI HOSP COM IMPOR E EXP LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
14552- 1 BROMOPRIDA 10MG/2ML AMP -AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		1.000,0000	1,2500	0,0000	0,0000	1.250,0000
Complemento do item						
27091- 1 HIDROCORTISONA 500MG AMP-AMPOLA-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		300,0000	4,8000	0,0000	0,0000	1.440,0000
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens: 2.690,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
2.690,0000	0,0000	0,0000	2.690,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841208 00036.222172 9 86740000134000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	07/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	1.340,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.340,00
Valor Pago (R$):	1.340,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:26:58

Código da operação: 083488047

Chave de segurança: TXYVFKSA24F3KYGK

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1192762
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1927 6210 0061 3564

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152214182628574 30/06/2021 16:20:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	30/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	30/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
PONTAL	1639531716	SP		16:20

FATURA / DUPLICATA

001 07/07/2021 1.340,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.116,62	133,99	0,00	0,00	1.340,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.340,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,70	0,70

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
19908	REUQUINOL 400MG C/30CP-APSEN (Lote: 20090-223, Qtde: 20, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30049069	020	6108	CX	20	67.0000	1.340,00	1.116,62	133,99		12,00	

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 01/07/21
C. P. D. 01/07/21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.340,00

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.° 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 133,99, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 133,99
Pedido: 1278274
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633751854115 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
1.340,00		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088412000036222	21192762U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
07/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
1.340,00	33088412000036222	21192762U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841208 00036.222172 9 86740000134000

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 07/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0003-26

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
30/06/2021	21192762U	DM	N	30/06/2021

NOSSO NÚMERO: 33088412000036222

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17	R$		

(=) VALOR DO DOCUMENTO: 1.340,00

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 1,34 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MULTA/MORA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 14:04

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2571

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 122 - DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
4500- 1 SULFATO HIDROXICLOROQUINA 400MG-COMPRIMIDO- (4) FARMÁCIA	Não Entregou	600,0000	2,2333	0,0000	0,0000	1.339,9800
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.339,9800
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
1.339,9800	0,0000	0,0000	1.339,9800

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.37609 90000.001322 26000.249404 1 86950000301600
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**CM HOSPITALAR SA**
Nome/Razão Social:	**CM HOSPITALAR SA**
CPF/CNPJ:	**12.420.164/0001-57**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	28/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	3.016,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	3.016,00
Valor Pago (R$):	3.016,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:27:25

Código da operação: 083488657

Chave de segurança: MMLYAJ15C5JS499Y

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Grupo MAFRA

Identificação do emitente

CM HOSPITALAR S.A BRASILIA
ROD DF 290, SN
Complemento: LT 1 4 GL 2 AR 5 6 7
SANTA MARIA CEP:72578-000
BRASILIA/DF
Fone: 556121043401

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000511349
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5321 0612 4201 6400 0904 5500 1000 5113 4911 0002 1816

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
353210033752308 29/06/2021 19:12:59-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0774964900260

INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.
807010514114

CNPJ
12.420.164/0009-04

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

CNPJ/CPF
55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO
29/06/2021

ENDEREÇO
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
14180-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICIPIO
PONTAL

FONE/FAX
161639531719

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001
28/07/2021
3.016,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.016,00	248,64	0,00	0,00	3.016,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.016,00

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
T2011 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
18.320.396/0001-10

ENDEREÇO
RUA OSASCO - GALPAO D

MUNICIPIO
CAJAMAR

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	Diversos			15	15

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
003472	XARELTO 10MG C/30 CPR REV - BAYER	30049079	200	6108	CX	6,0000	236,000000	1.416,00	1.416,00	0,00	56,64	0,00	4.00%	0.00%	6	BXJH822	31/07/2023	01/07/2020
005489	DIPIRONA 500MG/ML (GEN) C/120 AMP VD 2ML - TEUTO	30049069	500	6108	CX	20,0000	80,000000	1.600,00	1.600,00	0,00	192,00	0,00	12.00%	0.00%	20	26584327	30/09/2022	01/09/2020

PAGO

ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
2542
Nosso Pedido: 542372 - IE DIFAL/DESTINO N 807010514114Valor 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$ 198.24. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

Pedido: 542372
Rep.: 000395

Nº da OS	Volumes
000000644837 (G)	2
000000644836 (P)	1
Total	**3**

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 3.016,00

CONTROLE DE MERCADORIA

PORTARIA

ENCAMINHADO 01/07/21 Celia

S.P.D. 01/07/21 Celia

ADMINISTRAÇÃO

AP Nº

DIRETORIA

Bradesco | 237-2 | Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA CNPJ: 12.420.164/0009-04	3376-6/00002494-5	000511349	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**28/07/2021**	**3.016,00**	( ) Não existe nº indicado
			( ) Recusado
	Data	Assinatura	( ) Não procurado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.			( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
	Data	Entregador	( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco | 237-2 | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **28/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04
ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
29/06/2021	000511349	DM	N	29/06/2021	09/00000013226-0

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	09	R$			**3.016,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 6,03 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | **23793.37609 90000.001322 26000.249404 1 86950000301600**

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **28/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04
ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
29/06/2021	000511349	DM	N	29/06/2021	09/00000013226-0

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	09	R$			**3.016,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 6,03 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 13:04

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2542

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 188 - CM HOSPITALAR S.A BRASILIA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) Vlr.Total
4121- 1 XARELTO 10 MG COMP-COMPRIMIDO-	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		180,0000	7,8667	0,0000	0,0000	1.416,0060
Complemento do item						
21374- 1 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML-AMP-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		2.400,0000	0,6667	0,0000	0,0000	1.600,0800
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens:	3.016,0860
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
3.016,0860	0,0000	0,0860	3.016,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841109 00042.407171 4 86730000210080
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	06/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	2.100,80
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	2.100,80
Valor Pago (R$):	2.100,80

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:27:54

Código da operação: 083489259

Chave de segurança: NYHEMM4CXG370RHA

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 189494
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1894 9410 0118 2007

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210729495142 29/06/2021 20:56:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	29/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	29/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		20:54

FATURA / DUPLICATA

001 06/07/2021 2.100,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.100,80	306,14	0,00	0,00	2.100,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.100,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXAS			3,50	3,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
20490	DEXAMETASONA 4MG C/10CP GEN - EMS (Lote: 2G4550, Qtde: 400, Dt Val: 30/04/2023 ,Data Fab: 01/04/2021)	30043999	000	5102	CX	400	3,0000	1.200,00	1.200,00	144,00		12,00	
51737	LIDOJET 2% S/V 10/20ML - U.QUIMICA (Lote: 2117455, Qtde: 16, Dt Val: 31/05/2023 ,Data Fab: 01/05/2021)	30049043	500	5102	CX	16	56,3000	900,80	900,80	162,14		18,00	

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
APROVADO 30 04 21 Celio
01 06 21 Celio
AP Nº

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 306,14, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 306,14
Pedido: 212652
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 2.100,80

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
2.100,80		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088411000042407	2189494U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
2.100,80	33088411000042407	2189494U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841109 00042.407171 4 86730000210080

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 06/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
29/06/2021	2189494U	DM	N	29/06/2021

NOSSO NÚMERO: 33088411000042407

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17	R$		

(=) VALOR DO DOCUMENTO: 2.100,80

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 2,10 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MULTA/MORA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 15:34

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2541

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 186 - DUPATRI HOSP COM IMPOR E EXP LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item / Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
20047- 1 DEXAMETASONA 4MG CPR-CRP-MARCA DISPONVIEL (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou 4.000,0000	0,3000	0,0000	0,0000	1.200,0000
45755- 2 XYLESTESIN 2% S/V FR 20 ML-FRASCO 20- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou 160,0000	5,6300	0,0000	0,0000	900,8000

Totais:

Total Bruto dos itens: 2.100,8000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
2.100,8000	0,0000	0,0000	2.100,8000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03308.841307 00005.510177 1 86730000400000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO**
Nome/Razão Social:	**DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA**
CPF/CNPJ:	**04.027.894/0001-64**
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA
CPF/CNPJ:	04.027.894/0001-64
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	06/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	02/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	4.000,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	4.000,00
Valor Pago (R$):	4.000,00

Data/hora da operação: 02/07/2021 14:28:25

Código da operação: 083489949

Chave de segurança: 2ZMYP9SA31YNV5E7

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO

IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA,
AV ENGENHEIRO DARCY NOGUEIRA DO PINHO, 3201 - GALPAO01 MOD. 01C - VILA CRISTINA - BETIM, MG,
CEP:32675515, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 5314
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0604 0278 9400 0830 5500 1000 0053 1410 0079 1323

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	131214223807069 29/06/2021 18:21:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
002.718.8240388		04.027.894/0008-30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)	55.110.753/0001-41	29/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	29/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	1639531716	SP		18:16

FATURA / DUPLICATA

001 06/07/2021 4.000,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.000,00	480,00	0,00	0,00	4.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	4.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
MEDPRESS TRANSPORTE E LOGISTICA EIRELI	0 - DO EMITENTE				23063875000138

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA JOSE MARIA DE LACERDA 1900 GALPAO 02, 1900-A	CONTAGEM	MG	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			3,25	3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
9968	KLARICID IV 500MG F/A-ABBOTT (Lote: 23-067TB22, Qtde: 100, Dt Val: 31/10/2023 ,Data Fab: 01/11/2020)	30042029	200	6108	FR	100	40,0000	4.000,00	4.000,00	480,00		12,00	

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
RECEBIDO 30 06 21 Celio
P.O. 01 07 21 Celio
AP Nº
DIRETORIA

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO DA ENTREGA
OPERACAO CONTRATADA NA MODALIDADE NAO PRESENCIAL
Operador: 464 - COMERCIAL PRIVADO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.º 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 480,00, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 480,00
Pedido: 5636
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3 ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 4.000,00

dupatri | 001-9 | Recibo do Pagador

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	(-) Desconto/Abatimento	(+) Mora/Multa/Juros
4.000,00		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº Documento
	33088413000005510	2005314U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo de Entrega

Vencimento	Código Beneficiário	Espécie	Quantidade
06/07/2021	3359-6 / 2034-6	R$	

(=) Valor do Documento	Nosso Número	Nº Documento
4.000,00	33088413000005510	2005314U

Pagador
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

Assinatura do recebedor	Data entrega

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03308.841307 00005.510177 1 86730000400000

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR EM QUALQUER AGENCIA DA REDE BANCARIA

VENCIMENTO: 06/07/2021

BENEFICIÁRIO
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0008-30

AGÊNCIA/CÓD.BENEFICIÁRIO: 3359-6 / 2034-6

DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
29/06/2021	2005314U	DM	N	29/06/2021	33088413000005510

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17	R$			4.000,00

INSTRUÇÕES (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)
Cobrar Juros de R$ 4,00 ao dia após o vencimento.
TITULO SUJEITO AO PROTESTO APOS O VENCIMENTO.
NAO RECEBER APOS 360 DIAS DO VENCIMENTO.

(-) DESCONTO/ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) MULTA/MORA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

COBRANCA BANCO DO BRASIL

(=) Valor Cobrado

Pagador IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584) CNPJ.: 55.110.753/0001-41
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO
CEP.: 14180-000 PONTAL-SP

Pagador/Avalista CNPJ.:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 15:35

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2565

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 263 - DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 15 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	**Situação do Item**	**No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)**			
Centro de Custo	**Quantidade ***	**(Vlr. Unitário +**	**Valor IPI -**	**Desconto) =**	**Vlr.Total**
17346- 1 CLARITROMICINA 500MG FA IV-FRASCO/AMPOLA-	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	100,0000	40,0000	0,0000	0,0000	4.000,0000

Observação do Pedido

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens:	4.000,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	**Encargo Pedido -**	**Desconto Pedido =**	**Total do Pedido**
4.000,0000	0,0000	0,0000	4.000,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0680 / 00000038428-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MARIA LUISA MOREIRA BEZZON EPP
CPF/CNPJ:	02.176.757/0001-66
Valor:	R$ 94,56
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	02/07/2021
Data / Hora da operação:	02/07/2021 14:19:58

Código da operação: 00138788
Chave de segurança: UST2RU9YUCYY5ZZ4

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

CASA DO MÉDICO

MARIA LUISA MOREIRA BEZZON EPP

RUA BERNARDINO DE CAMPOS, 1133 - CENTRO -
CEP:14015-130 - RIBEIRAO PRETO - SP
TEL: (16)3632-5060

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000018223 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0602 1767 5700 0166 5500 1000 0182 2314 0003 8599

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO DA UF	135210732477647 30/06/2021 12:00:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
582451619117		02.176.757/0001-66

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 763	CENTRO		14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
PONTAL	(16)3953-1716	SP		11:59:53

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	02/07/2021	94,56									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	94,56

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94,56

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	1 - DESTINATARIO				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOL				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
3910	CURATIVO FILME P/CATETER 9X12 CREMER	30051020	0102	5102	UN	12,00	7,88	0,00	94,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 05 07 21 alio
C. P. D. 05 07 21 alio
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

PAGO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 94,56

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PEDIDO DE COMPRA 2523 BRADESCO AGENCIA 680 CONTA 38428-3 Trib aprox R$: 3,97 Federal e 6,62 Estadual Fonte: IBPT/FECOMERCIO SP 02C353	

Projeto ACBr - www.projetoacbr.com.br

CASA DO MÉDICO

EQUIPAMENTOS MÉDICOS, HOSPITALARES E ACUPUNTURA

Rua Bernardino de Campos, 1133 - Centro - CEP: 14015-130
Ribeirão Preto - SP - Brasil www.casadomedicorp.com.br

casadomedicorp@yahoo.com.br vendas@casadomedicorp.com.br

casadomedicorp casadomedicorp

Fone: (+5516) 3632-5060 Celular: (+5516) 99118-3728

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 12:47

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2523

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 156 - MARIA L.MOR. BEZZON (CASA DO MEDICO **Data Ped:** 23/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** A VISTA **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)			
Centro de Custo	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido					
64270- 2 CURATIVO TEGADERM 9CMX12CM REF 1635BR-	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	12,0000	7,8800	0,0000	0,0000	94,5600
Complemento do item CREMER					

Totais:

Total Bruto dos itens:	94,5600
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
94,5600	0,0000	0,0000	94,5600

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

PAGO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	6520 / 00000104069-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LUMAR COMERC DE PROD FARMACEUTICOS LTDA
CPF/CNPJ:	49.228.695/0001-52
Valor:	R$ 1.504,15
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	02/07/2021
Data / Hora da operação:	02/07/2021 14:20:19

Código da operação:	00142806
Chave de segurança:	R19N6LRAFS7UL1XW

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda

Av. Wilson Bego,745
Distrito Industrial Franca - SP
CEP:14406-091 Fone: (16)37211102

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000.210.827

SÉRIE:0 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2108 2711 1017 1761

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA		135210734468104 30/06/2021 16:57:33
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
310049440111		49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA**
Rua Ananias Costa Freitas, 753	Centro		14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**ESTADO** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DE SAÍDA**
Pontal	(16)3953-1716	SP		

FATURA / DUPLICATAS

Número	Vencto	Valor
001	28/07/2021	907.35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
907,35	163,32	0,00	0,00	907,35

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00		0,00	0,00		907,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0-EMITEMTE 1-DESTINATÁRIO)	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME	0				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA MARIA CERON VOLPE , 2260	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	Caixa(s)			18,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
060835	COMPR.GAZE 7,5X7,5 EST.11F 10UN LIVIA C53	3005.90.90	000	5102	PCT	1.862,00	0,4873	907,35	0,00	907,35	163,32	0,00	18,00	0,00
	Lote:031-1 Qtde: 1862 Venc: 30/04/2026													

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 01/07/21 alis
C. P. D. 01/07/21 alis
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Lista Neutra 907,35 Televendas ELEONICE - Conferente Vanessa Sinicio - End. Conf. B Local Entrega Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - CEP 14180-000 **Cliente: 529 Pedido: 555554**	CONVENIO SMS Nº 04/2020 INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO CAIXA ECONOMICA FEDERAL CONTA CORRENTE 808-7 VALOR PAGO R$ 907,35

RELATÓRIO DE CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Este relatório não tem valor fiscal e é uma simples representação da CCe indicada abaixo.

CONSULTE A AUTENTICIDADE DA CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

SÉRIE	NÚMERO DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CHAVE DE ACESSO
000	000.210.827	3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2108 2711 1017 1761

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGÃO	TIPO DE AMBIENTE		DATA E HORÁRIO DO EVENTO
35	1 - PRODUÇÃO		30/06/2021 17:14:26
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	SEQUÊNCIA DO EVENTO	VERSÃO DO EVENTO
110110	Carta de Correcao	1	1

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

11011035210649228695000152550000002108271110171761 01-procEventoNFe.xml

STATUS	PROTOCOLO	DATA E HORÁRIO DO REGISTRO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135210734590356	30/06/2021 17:14:29

EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA			49.228.695/0001-52
ENDEREÇO	BAIRRO		CEP
AV. WILSON BEGO,745	DISTRITO INDUSTRIAL		14406-091
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FRANCA	1637211102	SP	310049440111

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41
ENDEREÇO	BAIRRO		CEP
Rua Ananias Costa Freitas, 753,0000	Centro		14180-000
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Pontal	1639531716	SP	

CORREÇÃO

CARTA DE CORRECAO PARA TRANSPORTADORA: LEIA-SE FRETE 3 = TRANSPORTE PROPRIO POR CONTA DO REMETENTE - LUMAR COMECIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA INSCRICAO ESTADUAL 310049440111 CNPJ 49.228.695/0001-52- * - * - * -

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 09:23

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2569

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
62765- 1 COMPRESSA DE GASE 7,5X7,5 9FIOS C/10	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		1.862,0000	0,4873	0,0000	0,0000	907,3526
Complemento do item 11 FIOS ESTERIL						

Totais:

Total Bruto dos itens:	907,3526
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
907,3526	0,0000	0,0000	907,3526

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda

Av. Wilson Bego,745
Distrito Industrial Franca - SP
CEP:14406-091 Fone: (16)37211102

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000.210.825

SÉRIE: 0 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2108 2511 9004 4937

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA		135210734067962 30/06/2021 16:04:10
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
310049440111		49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal		55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO**	**CEP**	**DATA DE SAIDA**
Rua Ananias Costa Freitas, 753	Centro	14180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**ESTADO / INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Pontal	(16)3953-1716	SP	

FATURA / DUPLICATAS

Número	Vencto	Valor
001	28/07/2021	596.80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
596,80	106,82	0,00	0,00	596,80
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL**
0,00		0,00	0,00		596,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0-EMITEMTE 1-DESTINATÁRIO)	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME	0				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA MARIA CERON VOLPE , 2260	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	Caixa(s)			2,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
053837	CLOR.METFORMINA 500MG EV.10CP(G)(H) Lote:20L380 Qtde: 10 Venc: 30/11/2022	3004.90.49	500	5102	ENV	10,00	1,0000	10,00	0,00	10,00	1,20	0,00	12,00	0,00
058197	FLORENT(SAC.BOURLARDII)200MG 6CS Lote:1NE09 Qtde: 60 Venc: 30/04/2023	3004.90.99	000	5102	CX	60,00	9,7800	586,80	0,00	586,80	105,62	0,00	18,00	0,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 01/07/21 Celio
C. P. D. 01/07/21 Celio
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

PAGO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 10,00 Lista Negativa 586,80
Televendas ELEONICE - Conferente Vanessa Sinicio - End. Conf. B
Local Entrega Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - CEP 14180-000
PED. N 2559/2021

Cliente: 529 Pedido: 555552

RESERVADO AO FISCO

CONVENIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 596,80

RELATÓRIO DE CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Este relatório não tem valor fiscal e é uma simples representação da CCe indicada abaixo.

CONSULTE A AUTENTICIDADE DA CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

SÉRIE	NÚMERO DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CHAVE DE ACESSO
000	000.210.825	3521 0649 2286 9500 0152 5500 0000 2108 2511 9004 4937

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGÃO	TIPO DE AMBIENTE		DATA E HORÁRIO DO EVENTO
35	1 - PRODUÇÃO		30/06/2021 17:14:12
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	SEQUÊNCIA DO EVENTO	VERSÃO DO EVENTO
110110	Carta de Correcao	1	1

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

110110352106492286950001525500000021082511900449370 1-procEventoNFe.xml

STATUS	PROTOCOLO	DATA E HORÁRIO DO REGISTRO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135210734588720	30/06/2021 17:14:15

EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA			49.228.695/0001-52
ENDEREÇO	BAIRRO		CEP
AV. WILSON BEGO,745	DISTRITO INDUSTRIAL		14406-091
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FRANCA	1637211102	SP	310049440111

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
Irmandade da Santa Casa de Misericoria de Pontal			55.110.753/0001-41
ENDEREÇO	BAIRRO		CEP
Rua Ananias Costa Freitas, 753,0000	Centro		14180-000
MUNICÍPIO	FONE/FAX	ESTADO	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Pontal	1639531716	SP	

CORREÇÃO

CARTA DE CORRECAO PARA TRANSPORTADORA: LEIA-SE FRETE 3 = TRANSPORTE PROPRIO POR CONTA DO REMETENTE - LUMAR COMECIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA INSCRICAO ESTADUAL 310049440111 CNPJ 49.228.695/0001-52- * - * - * -

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 15:06

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2559

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
24511- 1 FLORATIL 200 MG CP-COMPRIMIDO-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	360,0000	1,6300	0,0000	0,0000	586,8000
31495- 1 METFORMINA 500MG CPR-CPR-MARCA DISPONVIEL (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	100,0000	0,1000	0,0000	0,0000	10,0000

Totais:

Total Bruto dos itens:	596,8000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
596,8000	0,0000	0,0000	596,8000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3149 / 00000306406-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	COMERCIAL CIRURG RIOCLARENSE LTDA
CPF/CNPJ:	67.729.178/0004-91
Valor:	R$ 20.343,70
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	02/07/2021
Data / Hora da operação:	02/07/2021 14:20:40

Código da operação: 00143868

Chave de segurança: T18N1WM4EAWSGTP1

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1455284 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0667 7291 7800 0491 5500 1001 4552 8411 7644 9964

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135210735460808 30/06/2021 20:25:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753	CENTRO	14180-000		30/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
PONTAL	1639531716	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1455284/1	28/07/2021	4.202,70						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.202,70	730,73	0,00	0,00	4.202,70

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.202,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6,00	VOLUME(S)		0,00060	39,270	39,270

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
014436	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (DESCARPACK) L: SLTCAA568M Q: 6.000,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2025	40151900	200	5102	PC	6.000,00	0,6091	3.654,60	3.654,60	657,83	0,00	18,00	0,00
011280	AGULHA DESCARTAVEL 25X7 (BD) L: 1119058 Q: 3.000,00 00 F: 01/05/21 V: 30/04/2026, nFCI: B9C2735E-4688-4FAF-9957-F 183F041B466	90183219	500	5102	PC	3.000,00	0,1827	548,10	548,10	72,90	0,00	13,30	0,00

01 07 21 celio
01 07 21 celio

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 4.202,70

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 01/07/2021 Pedido: 1967269 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1967269 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00.(Código Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO

PAGO

Rioclarense

- Na recusa mencionar de forma clara o motivo da devolução/rejeição, código do produto e quantidade devolvida, caso não sejam mencionadas essas informações, entende-se que se trata de devolução total (no caso de clientes não contribuintes de ICMS que não estão obrigados a emissão de nota fiscal);
- Para clientes **NÃO CONTRIBUINTE DE ICMS**, ou seja, que estejam **dispensados por Lei** da emissão de notas fiscais, **é possível a devolução parcial** com a mesma nota do fornecedor (no caso Rioclarense), desde que siga as orientações aqui destacadas e seja efetuada a recusa;
- Para clientes **CONTRIBUINTES DE ICMS (obrigados a emissão de nota fiscal) não é possível a realização de recusa parcial**, apenas total, **sendo parcial** a obrigatoriedade é de o cliente emitir a nota fiscal de devolução, mencionando o destinatário como Rioclarense, e, identificando quais são os produtos e quantidades devolvidas, e especificar o motivo em dados adicionais do DANFE.
- PRAZO PARA DEVOLUÇÃO SERÁ DE 48 HORAS APÓS O RECEBIMENTO.

MODALIDADE DE COMPRAS NO E-COMMERCE - PROCEDIMENTO

- Conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor art. 49, os produtos poderão ser devolvidos em até **7 (sete) dias** após o recebimento do pedido. Sendo que o pagamento do frete para retorno da mercadoria será de responsabilidade da Rioclarense.
- No caso de clientes pessoas físicas (e-commerce Rioclarense Paraná), realizar a recusa no verso da nota fiscal (DANFE), escrita a punho, narrando o motivo da devolução, informar nome completo, assinatura e data.
- Dúvidas, consultar nosso SAC - E-commerce através do telefone **0800-283-6071**

OBS.:** todas as recusas devem ser escritas a punho, com a data, assinatura, nome legível e carimbo da empresa responsável. Na falta do carimbo, informar um número de RG ou CPF válido. **Sem essas informações não será possível dar andamento ao processo!

Atenciosamente, Comitê de Procedimentos Rioclarense

RIOCLARENSE
Avenida 62A, 419 – Jardim América – Fone (19) 3522-5800 – (19) 3522-5801/5802 – vendas@rioclarense.com.br
CEP: 13506-056 – Rio Claro – SP – CNPJ Nº 67.729.178/0001-49 – INSCR. EST. Nº 587.101.582.112

Praça Emilio Marconato, 1000, Galpão22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclarense.com.br
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ Nº 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. Nº 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. – Dist. Industrial – Jd. Piemount Sul – Fone (31) 3439-4300 – Fax: (31) 3439-4302/4303 – rioclarense@mg.rioclarense.com.br
CEP: 32.669.712 – Betim – MG – CNPJ Nº 67.729.178/0002-20 – INSCR. EST. Nº 062.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Clio 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclarense.com.br
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ Nº 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. Nº 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0006-53 - INSCR. EST Nº 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1

SIH-R<HCMP0004> Emissão 30/06/2021 17:14

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2566

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 15 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
47922- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X7-UNIDADE-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	3.000,0000	0,1827	0,0000	0,0000	548,1000
76600- 2 LUVA PROCEDIMENTO MEDIA-CAIXA-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	60,0000	60,9100	0,0000	0,0000	3.654,6000

Totais:

Total Bruto dos itens:	4.202,7000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
4.202,7000	0,0000	0,0000	4.202,7000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1454770 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0667 7291 7800 0491 5500 1001 4547 7012 5467 6126

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135210729678853 29/06/2021 21:53:12
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL			55.110.753/0001-41	29/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753	CENTRO	14180-000		29/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
PONTAL	1639531716	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1454770/1	27/07/2021	16.141,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
16.141,00	2.862,45	0,00	0,00	16.141,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16.141,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
18,00	VOLUME(S)		0,00159	154,850	154,850

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
014436	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (DESCARPACK) L: SLTCAA568M Q: 25.000,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2025	40151900	200	5102	PC	25.000,00	0,6091	15.227,50	15.227,50	2.740,95	0,00	18,00	0,00
011280	AGULHA DESCARTAVEL 25X7 (BD) L: 1089892 Q: 5.000,00 F: 30/04/21 V: 30/03/2026, nFCI: B9C2735E-4688-4FAF-9957-F183F041B466	90183219	500	5102	PC	5.000,00	0,1827	913,50	913,50	121,50	0,00	13,30	0,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 30 06 21 Celio
C. P. D. 01 07 21 Celio
ADMINISTRAÇÃO
CONTABILIDADE

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 16.141,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 30/06/2021 Pedido: 1965840 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1965840 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00.(Código Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO

PAGO

Rioclarense

Política de Devolução

Visando melhorias e um processo mais organizado em nossos trâmites de devoluções de mercadorias, elencamos a seguir procedimentos indispensáveis para o bom andamento destas ocorrências.

No ato da entrega:

- Conferir se os dados na etiqueta de destinatário (cor laranja) correspondem aos dados do cliente e número do DANFE referente a entrega que está sendo realizada;
- Conferir se a quantidade física está de acordo com o descrito no DANFE;
- Verificar externamente se os volumes apresentam sinais de violações e avarias;
- Em casos de medicamentos termolábeis deverá ocorrer a aferição de temperatura no ato do recebimento, seguindo as normas técnicas de manuseio de cadeia fria.

No caso de irregularidades/não conformidades:

- De imediato entrar em contato com nosso SAC (serviço de atendimento ao cliente), para que seja identificada a ocorrência e dar início ao trâmite de retorno ao nosso Centro de Distribuição responsável, através do fone:

  Cliente Canal Público: (19) 3522-5804

  Clientes Canal Privado:
  Clientes do Interior de São Paulo – (19) 3522-5808
  Cidade de São Paulo e Baixada Paulista – (11) 3646-5858
  Estados do Sul – (43) 3032-1050
  Demais Estados – (31) 3439-4300

- **Cliente deve efetuar a recusa no verso do DANFE e CT-e, seguem dispositivos legais:**
  - Minas Gerais: Art. 10, Parte 1, Anexo IX, RICMS-MG.
  - Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.
  - Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.
  - São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 16:32

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2547

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) Vlr.Total
47922- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X7-UNIDADE-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	5.000,0000	0,1827	0,0000	0,0000	913,5000
76600- 2 LUVA PROCEDIMENTO MEDIA-CAIXA-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	Não Entregou	250,0000	60,9100	0,0000	0,0000	15.227,5000

Totais:

Total Bruto dos itens:	16.141,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
16.141,0000	0,0000	0,0000	16.141,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	6504 / 00000001062-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA EPP
CPF/CNPJ:	02.736.951/0001-59
Valor:	R$ 12.176,53
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	02/07/2021
Data / Hora da operação:	02/07/2021 14:21:00

Código da operação:	00144738
Chave de segurança:	8HVG7TK21PV13AQZ

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No: 039.007
Série: 1 FL: 1 /1

CONTROLE DO FISCO

NATUREZA DA OPERAÇÃO			CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros			3521.0602.7369.5100.0159.5500.1000.0390.0719.2518.8530
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	Protocolo de autorização
582475777112		02.736.951/0001-59	135210732919190 - 30/06/2021 13:19:31

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753		CENTRO	14.180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	(16) 3953-1716	SP		

FATURA

001 R$ 1.157,88 30/07/2021 |

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.100,33	185,14	0,00	0,00	1.157,88

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.157,88

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (1 - EMITENTE, 2 - DESTINATARIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	1				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
321	AGULHA DESC. 40 X 12 LABOR IMPORT Validade: 17/10/2023 Lote: 17102020	90183219	000	5102	CX	25	11,0000	275,00	275,00	36,58	0,00	13,30	0,00
2444	COLETOR PERF. 13LTS - ECOBOX- C/20 FLEXPELL Validade: 10/06/2031 Lote: L C2310108C	48191000	000	5102	UN	80	5,7200	457,60	457,60	82,37	0,00	18,00	0,00
504	TOUCA DESC SANFONADA C/100 PROTDESC Validade: 16/12/2022 Lote: 44607	62101000	020	5102	PC	12	14,3900	172,68	115,13	20,72	0,00	18,00	0,00
1283	EXTENSAO P/ ASPIRACAO 3MTS C/CONECTOR GRADUADO C/60 FLEXOR Validade: 05/04/2023 Lote: 211046	90183929	000	5102	UN	60	4,2100	252,60	252,60	45,47	0,00	18,00	0,00

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA / /
ALMOXARIFADO 02 07 21 alw
C. P. D. 02 07 21 alw
ADMINISTRAÇÃO / /
DIRETORIA / /

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.157,88

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
pedido: 2549 NCM:62101001-reducao na base de calculo do icms conf art 52 anexo II do Ricms sp/2000 ISENTO ICMS CONV 1 DE 02/3/99 PRORR. 30/9/2019-CONV. PELO ICMS NR 49 DE 25/04/2017 PIS/CONFINS REDUZ. ZERO ART. I,INC.III DECRETO 6426 DE 2008(NCM S 9018.39.29 E9018.90.95).	

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:44

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2549

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Quantidade *	Situação do Item / (Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
47958- 1 AGULHA DESCARTAVEL 40X12-UNIDADE-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	2.500,0000	Não Entregou 0,1100	0,0000	0,0000	275,0000
62492- 1 COLETOR PARA MATERIAL PERFUROCORTANTE 13L (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	80,0000	Não Entregou 5,7200	0,0000	0,0000	457,6000
92253- 1 TOUCA DESCARTAVEL BRANCA COM ELASTICO- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	12,0000	Não Entregou 14,3900	0,0000	0,0000	172,6800
124311- 1 EXTENSAO ASPIRACAO 3 METROS PVC-UNIDADE- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	60,0000	Não Entregou 4,2100	0,0000	0,0000	252,6000

Totais:

Total Bruto dos itens:	1.157,8800
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	**Encargo Pedido -**	**Desconto Pedido =**	**Total do Pedido**
1.157,8800	0,0000	0,0000	1.157,8800

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

529

CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No: 039.000
Série: 1 **FL:**1 /1

CONTROLE DO FISCO

NATUREZA DA OPERAÇÃO			CHAVE DE ACESSO DA NF -e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros			3521.0602.7369.5100.0159.5500.1000.0390.0010.2759.3612
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	Protocolo de autorização
582475777112		02.736.951/0001-59	135210731480888 - 30/06/2021 09:37:28

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41	30/06/2021
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAIDA
RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753		CENTRO	14.180-000	30/06/2021
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
PONTAL	(16) 3953-1716	SP		

FATURA

001 R$ 11.018,65 30/07/2021 |

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
6.628,83	881,62	0,00	0,00	11.018,65

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.018,65

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATARIO [1]	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
825	RINGER C/ LACTATO 500ML - PVC-BO C/20 JP Validade: 20/05/2023 Lote: 093521	30049099	020	5102	UN	200	3,0500	610,00	366,98	48,81	0,00	13,30	0,00
702	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML BO-PVC - C/50 JP Validade: 21/05/2023 Lote: 850421	30049099	020	5102	UN	2.600	2,4900	6.474,00	3.894,76	518,00	0,00	13,30	0,00
809	CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML BO-PVC - C/35 JP Validade: 01/01/2023 Lote: 013721	30049099	020	5102	UN	735	2,5500	1.874,25	1.127,55	149,96	0,00	13,30	0,00
849	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BO-PVC - C/20 JP Validade: 25/01/2023 Lote: 011321	30049099	020	5102	UN	600	2,9900	1.794,00	1.079,27	143,54	0,00	13,30	0,00
510	GLICOFISIOLOGICO 1000ML BO-PVC - C/10 JP Validade: 01/01/2023 Lote: 802021	30049099	020	5102	FR	40	5,0000	200,00	120,32	16,00	0,00	13,30	0,00
1226	GLICOSE 5% 500ML BO-PVC- C/20 JP Validade: 25/02/2023 Lote: 819421	30049099	020	5102	UN	20	3,3200	66,40	39,95	5,31	0,00	13,30	0,00

PAGO

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
pedido: 2536 NCM:30049099-ALIQ. 0 DE PIS E COFINS, CONFORME ART. II DA LEI 10147/00 ALIQ. ICMS CONF ART 54 INC XVII RICMS/00/SP E REDUCAO BASE CALC RED CONF ANEXO I I ART 62 RICMS/SP .ALIQ. ICMS .ART.54 INC XVII RICMS/00/SP E RED. BASE CALC. DECRETO 58.985 DE 03/2013 PIS/COFINS NAO DEVIDO CONF.PRES.-LEI 10.548/02 .ALIQ. ICMS .ART.54 INC XVII RICMS/00/SP E RED. BASE CALC. DECRETO 58.985 DE 03/2013	CONVÊNIO SMS Nº 04/2020 INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL CONTA CORRENTE 808-7 VALOR PAGO R$ 11.018,65

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 30/06/2021 Destinatário: IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTA Valor Total: 11.018,65

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e** **No:** 039.000 **SÉRIE:** 1 **FL:**1 /1

SIH-R<HCMP0004> Emissão 29/06/2021 15:37

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2536

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** A VISTA **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Quantidade *	Situação do Item / (Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
39202- 1 RINGER LACTATO BOLSA 500ML-BOLSA-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	200,0000	Não Entregou 3,0500	0,0000	0,0000	610,0000
40885- 1 SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 100ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	2.600,0000	Não Entregou 2,4900	0,0000	0,0000	6.474,0000
40903- 1 SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 250ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	735,0000	Não Entregou 2,5500	0,0000	0,0000	1.874,2500
40915- 1 SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 500ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	600,0000	Não Entregou 2,9900	0,0000	0,0000	1.794,0000
41038- 1 SORO GLICOFISIOLOGICO BOLSA 1000ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	40,0000	Não Entregou 5,0000	0,0000	0,0000	200,0000
41166- 1 SORO GLICOSE 5% BOLSA 500ML-BOLSA-MARCA (4) FARMÁCIA **Complemento do item**	20,0000	Não Entregou 3,3200	0,0000	0,0000	66,4000

Totais:

Total Bruto dos itens:	11.018,6500
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
11.018,6500	0,0000	0,0000	11.018,6500

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CARTA DE CORREÇAO ELETRONICA

Não possui valor fiscal. Simples representação do evento indicado abaixo.
CONSULTE A AUTENTICIDADE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

OTA FISCAL ELETRÔNICA

ODELO	SÉRIE	NÚMERO	MÊS / ANO DA EMISSÃO
5	001	000.039.000	06/21

IAVE DE ACESSO
521 0602 7369 5100 0159 5500 1000 0390 0010 2759 3612

ARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

GAO	AMBIENTE	DATA / HORA DO EVENTO
5	PRODUÇÃO	14/07/2021 11:14:06

ENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	SEQUÊNCIA DO EVENTO	VERSÃO DO EVENTO
10110	Carta de Correcao	1	1

ATUS	PROTOCOLO	DATA / HORA DO REGISTRO
35 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135210792318058	14/07/2021 11:14:17

MITENTE

OME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP	02.736.951/0001-59

IDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623	MONTE ALEGRE	14051-150

UNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RIBEIRAO PRETO	(16)3963-2829	SP	582475777112

ESTINATÁRIO / REMETENTE

OME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF
RMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL	55.110.753/0001-41

IDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753, 0	CENTRO	14180-000

UNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PONTAL	(16)3953-1716	SP	

ONDIÇÕES DE USO

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para egularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com:
I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da restacao
II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario
III - a data de emissao ou de saida.

ORREÇÃO

COD.PROD. 702 (LOTE 123521 FAB.06/06/2021 - VAL.06/06/2023) |COD.PROD. 809 (LOTE 122221 FAB.06/06/2021 - VAL.07/06/2023)
COD.PROD. 849 (LOTE 118521 FAB.06/06/2021 - VAL.08/06/2023)

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48572 40200.000087 33088.301040 1 86970001692330
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**EUROFARMA LABORATORIOS SA**
Nome/Razão Social:	**EUROFARMA LABORATORIOS SA**
CPF/CNPJ:	**61.190.096/0001-92**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	30/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	07/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	16.923,30
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	16.923,30
Valor Pago (R$):	16.923,30

Data/hora da operação: 07/07/2021 14:14:33

Código da operação: 088649703
Chave de segurança: 0YK0YTHPG7964J07

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - Saída
2 - Entrada [1]

Nº 001914682 FL1/1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e DE AUTENCIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR

3521.0661.1900.9600.0869.5500.1001.9146.8215.7272.7960

Eurofarma
Ampliando horizontes

Eurofarma Laboratórios S.A.
Rod Pres Castelo Branco Km 35,6 - Itaqui
Itapevi - SP - CEP 06696-000
Central de Atendimento Eurofarma 0800-704-1993

NATUREZA DA OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
5.101 Venda de produção do estabelecimento.	

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
373105533115		61.190.096/0008-69	135210731876951 30.06.2021 10:34:01

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P 31325	55.110.753/0001-41	30.06.2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
R ANANIAS DE COSTA FREITAS, 753	CENTRO	14180-000	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
PONTAL	16 39531716	SP	ISENTO	

FATURA

Nro Fatura	Dt.Vcto	Valor
001914682/A	30.07.2021	16.923,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO PRODUTO
16.923,30	2.030,80	0,00	0,00	16.923,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16.923,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
TRANS MODEL TRANSPORTES URGENTES LT	0 - EMITENTE [ ]				62.131.248/0001-49

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R SALVADOR RODRIGUES P 200, AREA 01	SAO PAULO	SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
00003	Volume(s)			7,150 KG	6,700 KG

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	CLASSIFIC. FISCAL	SIT. TRIB.	CFOP	UNID.	PMC	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	DESCONTO	TOTAL BRUTO	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
426613	BROMETO ROCURONIO 10MG/ML INJ 50AMP 5ML QTDE: 10,000 DS LOTE: 724970 Fab: 06.2021 MED GENÉRICO CONF.LEI 9787/99	30049079	000	5.101	DS Val.	0,00 05.2023	10	1.692,3300	0,00	16.923,30	16.923,30	2.030,80	0,00	12	0
TOTAL LISTA	Lista Positiva					BASE ICMS ST:	0,00	VAL ICMS ST:	0,00	BASE ICMS:	16.923,30	VALOR ICMS	2.030,80		

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 02 07 21 Celir
C. P. D. 02 07 21 Celir
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

LANÇADO
PAGO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 16.923,30

Nº Ped. Cli. : Pedido 2539
Nº Remessa : 201526133 - NºFatura : 0095307496 - DocNum: 0008453022

Cálculo ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caso não receba o boleto bancário entre contato com o financeiro através do telefone 11 5090-8600 ou e-mail csc.contasareceber@eurofarma.com
ZVDM - Venda Direta - 0003164865
Alíquota de ICMS 12% conforme a Lei 16.005/2015 - DOESP 25-11-2015
Pedido 2539

(11) 5090 8600

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000
SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050

CNPJ **01.125.797/0007-01** IE **149529966118** RNTRC **01201936** **www.ativalog.com.br**

DACTE

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO **30/06/21 18:40** | FL **1/1**

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
16	004386397	RODOVIÁRIO	57	135213879069295

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2106.01.125.797/0007-01-57-016-004.386.397-123.643.853-6

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	SUBCONTRATACAO	5360 Transp a contrib substituto

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
ITAPEVI/SP	PONTAL/SP	brunoal

REMETENTE **EUROFARMA LAB S A**
END **ROD CASTELO BRANCO S/N KM 35,6 INGAHI**
MUN **ITAPEVI - SP** CEP **06696-000**
CNPJ **61.190.096/0008-69** IE **373105533115** FONE **(11)41449727**

DESTINATARIO **IRMANDADE STA CASA MIS PONTAL** SUFRAMA
END **RUA - ANANIAS COSTA FREITAS 753 BAIRRO - CENTRO**
MUN **PONTAL - SP** CEP **14180-000**
CNPJ **55.110.753/0001-41** IE FONE **(16)39531719**

EXPEDIDOR **TRANSMODEL TRANSPORTE**
END **R SALVADOR RODRIGUES PRADO 200 PQ NOVO MUNDO**
MUN **SAO PAULO - SP** CEP **01000-000**
CNPJ **62.131.248/0001-49** IE **112564225116** FONE **(11)32296233**

RECEBEDOR/LOC ENTREGA **IRMANDADE STA CASA MIS PONTAL**
END **RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753**
BAIRRO - CENTRO
MUN **PONTAL - SP** CEP **14180-000**
CNPJ **55.110.753/0001-41** IE FONE **(16)39531719**

TOMADOR **TRANSMODEL TRANSPORTE**
END **R SALVADOR RODRIGUES PRADO 200 PQ NOVO MUNDO**
MUN **SAO PAULO - SP** CEP **01000-000**
CNPJ **62.131.248/0001-49** IE **112564225116** FONE **(11)32296233**

PRIORITÁRIO

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	20,00
FRETE TOTAL (R$)	20,00

MERCADORIA

PROD PREDOMIN		BROMETO ROCURON
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		16.923,30
QTDE PARES/VOLUMES	0	3
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,2760	7,150
PESO CÁLCULO (Kg)		82,800

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		SUBSTITUICAO
BASE CÁLCULO		0,00
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	00,0	00,0
VALOR ICMS		0,00
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00
VALOR A RECEBER (R$)		20,00

OBSERVAÇÕES

ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR *** Transporte subcontratado por TRANSMODEL TRANSPORTE, CNPJ 62.131.248/0001-49, IE: 112564225116, CT-e: 001-000099202, ICMS: R$ 10.87. *** CST: 60 - Apolice seguro: 2754002272114 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL S. A. *** TABELA: COMBINADA CO1031221 - ROTA: SAOP/RAOR - TARIF: 035 - TIPO MERCAD: TRANS MODEL - EUROFARMA. Conferente: MAURILES CARVALHO SOUZA *** Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V).

DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R$

ICMS/ISS: 0,00 PIS: 0,33 COFINS: 1,52 TOTAL: 1,85

CHAVES NF-E/CT-E

CT-E: 35210662131248000149570010000992021000867104
NF-E: 35210661190096000869550010019146821572727960

PIX

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
ARMAZEM	EXPED	A PRAZO	02/07/21	19810112301242 - 19810112301691

DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA

☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____

☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____

NOME COMPLETO - LEGÍVEL | RG/CPF | ___/___/___ ___:___ DATA/HORA | ASSINATURA/CARIMBO

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ___/___/___ - ___:___

2ª ___/___/___ - ___:___

3ª ___/___/___ - ___:___

SAO 136711-1
RAO / 05

PROCESSADO POR SSW.INF.BR

TRANS MODEL

TRANS MODEL TRANSPORTES URGENTES LT
R SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
PQ NOVO MUNDO - FONE: (11)3229-6233
SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050
financeiro@transmodel.com.br

CNPJ **62.131.248/0001-49** IE **112564225116** RNTRC **05783824** **http://www.transmodel.com.br/**

DACTE

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO	FL
30/06/21 17:36	1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
1	000099202	RODOVIÁRIO	57	135213878784777

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2106.62.131.248/0001-49-57-001-000.099.202-100.086.710-4

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	NORMAL	5353 Transp a est comercial

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
ITAPEVI/SP	PONTAL/SP	natalino

REMETENTE **EUROFARMA LABORATORIOS S.A.**
END **RODOVIA CASTELO BRANCO KM 35 6 ITAQUI**
MUN **ITAPEVI - SP** CEP **06696-000**
CNPJ **61.190.096/0008-69** IE **373105533115** FONE **(11)41449501**

DESTINATARIO **IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P** SUFRAMA
END **R ANANIAS DE COSTA FREITAS, 753 CENTRO**
MUN **PONTAL - SP** CEP **14180-000**
CNPJ **55.110.753/0001-41** IE FONE **(16)39531716**

EXPEDIDOR **EUROFARMA LABORATORIOS S.A.**
END **RODOVIA CASTELO BRANCO KM 35 6 ITAQUI**
MUN **ITAPEVI - SP** CEP **06696-000**
CNPJ **61.190.096/0008-69** IE **373105533115** FONE **(11)41449501**

RECEBEDOR/LOC ENTREGA **IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P**
END **R ANANIAS DE COSTA FREITAS 753 CENTRO**
MUN **PONTAL - SP** CEP **14180-000**
CNPJ **55.110.753/0001-41** IE FONE **(16)39531716**

TOMADOR **EUROFARMA LABORATORIOS S.A.**
END **RODOVIA CASTELO BRANCO KM 35 6 ITAQUI**
MUN **ITAPEVI - SP** CEP **06696-000**
CNPJ **61.190.096/0008-69** IE **373105533115** FONE **(11)41449501**

PERECIVEL

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	28,95
FRETE VALOR	25,38
GRIS	25,38
IMP REPASSADO	10,87

MERCADORIA

PROD PREDOMIN		BROMETO ROCURON
ESPECIE		PERECIVEL
VALOR MERCADORIA (R$)		16.923,30
QTDE PARES/VOLUMES	0	3
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,2760	7,150
PESO CÁLCULO (Kg)		46,092

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		NORMAL
BASE CALCULO		90,58
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	00,0	12,0
VALOR ICMS		10,87
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00

FRETE TOTAL (R$) 90,58

VALOR A RECEBER (R$) 90,58

OBSERVAÇÕES

MANTER DE 2 A 8 *** DIM VOLUMES(01): 0,5x0,46x0,4x3 *** CST: 00 - Apolice seguro: 2754002272114 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL S. A. *** TABELA: COMBINADA CO30364 - ROTA: SAOI/SAO I - TARIF: 040 - TIPO MERCAD: PERECIVEL. Conferente: ANDERSON NATALINO DE OLIVEIRA *** N PEDIDO: 0201526133. *** Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V).

PLACA DE COLETA **FLT1231** NR **19810112301242 - 19810112301691**

TOMADOR SERVIÇO	COBRAR	PREV.ENTREGA
REMET	A PRAZO	02/07/21

DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R$

ICMS/ISS: 10,87 PIS: 0,59 COFINS: 2,72 TOTAL: 14,18

CHAVES NF-E/CT-E

NF-E: 35210661190096000869550010019146821572727960

PIX

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

NOME / RG	ASSINATURA / CARIMBO	CHEGADA DATA/HORA	SAÍDA DATA/HORA

SAO 081777-5

SAO / 141

SIH-R<HCMP0004> Emissão 02/07/2021 10:32

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2539

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 94 - EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A (865) **Data Ped:** 29/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** A VISTA **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)			
Centro de Custo	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido					
4550- 1 BROMETO DE ROCURONIO 10MG/ML 5 ML-AMPOLA-	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	500,0000	33,8466	0,0000	0,0000	16.923,3000
Complemento do item CX C/50					

Totais:

Total Bruto dos itens:	16.923,3000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
16.923,3000	0,0000	0,0000	16.923,3000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

Instruções de Impressão

- **Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta (Não use modo econômico).**
- **Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm).**
- **Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.**
- **Caso tenha problemas ao imprimir, copie a sequência numérica abaixo e pague no caixa eletrônico ou no internet banking:**

Linha Digitável: 03399.48572 40200.000087 33088.301040 1 86970001692330
Valor: R$ 16.923,30

Recibo do Pagador

Eurofarma
Ampliando horizontes

Santander **|033-7| 03399.48572 40200.000087 33088.301040 1 86970001692330**

Beneficiário			Agência/Cód. Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
Eurofarma Laboratórios S.A.			**3689/4857402**	**R$**		**00000000000008330883**
Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento			Valor documento	
001914682-1	**61.190.096/0001-92**	**30/07/2021**			**16.923,30**	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado	

Pagador
IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P CNPJ:55.110.753/0001-41

Demonstrativo

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

Santander **|033-7| 03399.48572 40200.000087 33088.301040 1 86970001692330**

Local de pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer Banco até o vencimento					**30/07/2021**
Beneficiário					Agência / Cód. Beneficiário
Eurofarma Laboratórios S.A. CNPJ: 61.190.096/0001-92					**3689/4857402**
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
30/06/2021	**001914682-1**			**02/07/2021**	**00000000000008330883**
Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento		(=) Valor documento
	R$				**16.923,30**

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R$.... 3,38 AO DIA
Não dispensar juros após o vencimento
Sujeito a protesto em 5 dias

(-) Desconto / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE P CNPJ:55.110.753/0001-41
R ANANIAS DE COSTA FREITAS, , 753
14180-000 CENTRO PONTAL - SP

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.37609 90000.001678 83000.249405 7 86940000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**CM HOSPITALAR SA**
Nome/Razão Social:	**CM HOSPITALAR SA**
CPF/CNPJ:	**12.420.164/0001-57**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	27/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	07/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	960,00
Valor Pago (R$):	960,00

Data/hora da operação: 07/07/2021 14:14:57

Código da operação: 088650358

Chave de segurança: CGRX6C17KX7FAGVE

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Grupo MAFRA

Identificação do emitente

C M HOSPITALAR S.A (CTL)

EIXO 3, SN
Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30
DIST.MINERO IND. CAT CEP:75709-685
CATALAO/GO
Fone: 556432210505

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 002261016
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5221 0612 4201 6400 0319 5500 1002 2610 1611 0012 9601

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE	152214183798619 30/06/2021 20:50:32-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
105022500		12.420.164/0003-19

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)	55.110.753/0001-41	30/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753	CENTRO	14180-000	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
PONTAL	161639531719	SP		

FATURA

001 27/07/2021 960,00							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
799,97	96,00	0,00	0,00	960,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	960,00

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
T2011 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA	0-EMITENTE				18.320.396/0001-10

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA OSASCO - GALPAO D	CAJAMAR	SP	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
4	Diversos			4	4

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
040038	HIDROCORTISONA 500MG (ANDROCORTIL) PO 50 F/A S/D IL - TEUTO	30043933	020	6108	CX	4,0000	240,000000	960,00	799,97	0,00	96,00	0,00	12.00%	0.00%	4	25961381	31/12/2022	01/12/2020

LANÇADO PAGO

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
121282			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 040038
2560
Nosso Pedido: DEHHQB - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110Valor 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$ 57.60. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

Pedido: DEHHQB
Rep.: 000395

Nº da OS	Volumes
600002328074 (G)	4
Total	**4**

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 960,00

Bradesco | **237-2** | Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	3376-6/00002494-5	002261016	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**27/07/2021**	**960,00**	( ) Não existe nº indicado
			( ) Recusado
			( ) Não procurado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
	Data	Entregador	( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco | **237-2** | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19
EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
30/06/2021	002261016	DM	N	30/06/2021	09/00000016783-8
Uso do Banco	Carteira / Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	09 R$				**960,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,92 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | **237-2** | **23793.37609 90000.001678 83000.249405 7 86940000096000**

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19
EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
30/06/2021	002261016	DM	N	30/06/2021	09/00000016783-8
Uso do Banco	Carteira / Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	09 R$				**960,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,92 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 09:15

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2560

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 47 - CM HOSPITALAR LTDA (CTL) **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)			
Centro de Custo	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido					
27091- 1 HIDROCORTISONA 500MG AMP-AMPOLA-MARCA	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	200,0000	4,8000	0,0000	0,0000	960,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens:	960,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
960,0000	0,0000	0,0000	960,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

Bradesco | 237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002494-5	Nro.Documento 002261016	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	Vencimento **27/07/2021**	Valor do Documento **960,00**	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Recibo do Pagador

Bradesco | 237-2

Local de Pagamento CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO					Vencimento **27/07/2021**
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código Beneficiário 3376-6/00002494-5
Data do Documento 30/06/2021	Nro.Documento 002261016	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/07/2021	Nosso Número 09/00000016783-8
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento **960,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,92 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | **23793.37609 90000.001678 83000.249405 7 86940000096000**

Local de Pagamento CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO					Vencimento **27/07/2021**
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002494-5
Data do Documento 30/06/2021	Nro.Documento 002261016	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/07/2021	Nosso Número 09/00000016783-8
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento **960,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,92 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
Conta de débito:	3472 | 003 | 00000808-7

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.37609 90000.001603 78000.249405 1 86940000024000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	**CM HOSPITALAR SA**
Nome/Razão Social:	**CM HOSPITALAR SA**
CPF/CNPJ:	**12.420.164/0001-57**
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	27/07/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	07/07/2021
Valor Nominal do Boleto:	240,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	240,00
Valor Pago (R$):	240,00

Data/hora da operação: 07/07/2021 14:15:20

Código da operação: 088651011
Chave de segurança: 3TCCRVEN2TZNZ9UJ

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Grupo MAFRA

Identificação do emitente

C M HOSPITALAR S.A. (RPO)
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055
RIBEIRAO PRETO/SP
Fone: 551621019400

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000916330
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0612 4201 6400 0157 5500 1000 9163 3011 0028 4509

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135210735029134 30/06/2021 18:32:06-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
582557602113		12.420.164/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)	55.110.753/0001-41	30/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753	CENTRO	14180-000	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
PONTAL	161639531719	SP		

FATURA

001
27/07/2021
240,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
240,00	31,92	0,00	0,00	240,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	240,00

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
T2011 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA	0-EMITENTE				18.320.396/0001-10

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA OSASCO - GALPAO D	CAJAMAR	SP	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	Diversos			6	6

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
014037	GLICOSE 50% 10ML HIPER. CX 200 AM P ISOFARMA - ISO FARMA	30049099	000	5102	CX	2,0000	120,000000	240,00	240,00	0,00	31,92	0,00	13.30%	0.00%	2	1050391	24/05/2023	24/05/2021

PAGO
LANÇADO

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20000696			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ARTIGO 54, DO RICMS-SP - Produto(s): 014037
RED BC ICMS CONF ART 62 ANEXO II RICMS/SP DECRETO 58.985 DE SP_SOLUCAO PARENTERAL - Produto(s): 014037
2560
Nosso Pedido: 99FGTY

Pedido: 99FGTY
Rep.: 000395

Nº da OS	Volumes
600002257020 (G)	2
Total	**2**

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAC COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 240,00

Bradesco | 237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002494-5	Nro.Documento 000916330	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	Vencimento **27/07/2021**	Valor do Documento **240,00**	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data / Assinatura		
	Data / Entregador		

Recibo do Pagador

Bradesco | 237-2

Local de Pagamento CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO					Vencimento **27/07/2021**
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055					Agência/Código Beneficiário 3376-6/00002494-5
Data do Documento 30/06/2021	Nro.Documento 000916330	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/07/2021	Nosso Número 09/00000016078-7
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento **240,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,48 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | **23793.37609 90000.001603 78000.249405 1 86940000024000**

Local de Pagamento CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO					Vencimento **27/07/2021**
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002494-5
Data do Documento 30/06/2021	Nro.Documento 000916330	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 02/07/2021	Nosso Número 09/00000016078-7
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento **240,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,48 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

Ficha de Compensação

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco 237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	3376-6/00002494-5	000916330
Pagador	**Vencimento**	**Valor do Documento**
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	**27/07/2021**	**240,00**

Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.

Data	Assinatura
Data	Entregador

( ) Mudou-se
( ) Ausente
( ) Não existe nº indicado
( ) Recusado
( ) Não procurado
( ) Endereço insuficiente
( ) Desconhecido
( ) Falecido
( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco 237-2

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
30/06/2021	000916330	DM	N	30/06/2021

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	09	R$		

Nosso Número: 09/00000016078-7

Valor do Documento: **240,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,48 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco 237-2 **23793.37609 90000.001603 78000.249405 1 86940000024000**

Local de Pagamento
CREDITO CEDIDO FIDUNCIARIAMENTE EM GARANTIA, PAGAR SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário/CNPJ/Endereço
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002494-5

Data do Documento	Nro.Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
30/06/2021	000916330	DM	N	30/06/2021

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	09	R$		

Nosso Número: 09/00000016078-7

Valor do Documento: **240,00**

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,48 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

(-)Desconto/Abatimento
(-)Outras Deduções
(+)Mora/Multa
(+)Outros Acréscimos
(=)Valor Cobrado

Pagador
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO
PONTAL - SP - 14180000

Código Interno: 000726-0001
CNPJ: 55.110.753/0001-41

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

SIH-R<HCMP0004> Emissão 01/07/2021 09:27

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2568

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 1 - CM HOSPITALAR LTDA (RPO) **Data Ped:** 30/06/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** 30 DIAS **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) / Centro de Custo / Observação do Pedido	Situação do Item	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) / Vlr.Total
26165- 1 GLICOSE 50% 10 ML AMP-AMPOLA-MARCA	Não Entregou					
(4) FARMÁCIA		400,0000	0,6000	0,0000	0,0000	240,0000
Complemento do item						

Totais:

Total Bruto dos itens:	240,0000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	**Encargo Pedido -**	**Desconto Pedido =**	**Total do Pedido**
240,0000	0,0000	0,0000	240,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	4028 / 00000015171-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	F DO PRADO PONTOGLIO
CPF/CNPJ:	03.748.339/0001-69
Valor:	R$ 1.753,80
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	20/07/2021
Data / Hora da operação:	20/07/2021 15:37:27

Código da operação:	00115785
Chave de segurança:	5WMJYRZ4STCMWVQX

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

RECEBEMOS DE - CNPJ: 03.748.339/0001-69 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e NUMERO: 6268 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR 808-7	

Oxi GÁS
Distribuidor Autorizado
MESSER Gases for Life

F DO PRADO PONTOGLIO
RUA JOÃO NUTTI 1450
JARDIM PAULISTANO - 14090-290
3543402 - RIBEIRÃO PRETO / SP
Tel.: (16) 3624-2970

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - Saída
2 - Entrada [1]

NUMERO: 6268
SÉRIE 1
Fl. 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521 0603 7483 3900 0169 5500 1000 0062 6810 0022 1768

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA FORA DO ESTABELECIMENTO DENTRO DO ESTADO COM ICMS	135210628592856
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582.579.953.113 — **INSC. ESTADUAL DO SUBST.**	**CNPJ** 03.748.339/0001-69

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	55.110.753/0001-41	04/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA/ENTRADA
RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753, 0	CENTRO	14180-000	04/06/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
3540200 - PONTAL	(16) 3953-1719	SP		

FATURA / DUPLICATA

Numero: 0 Valor Original: 1.753,80 Desconto: 0,00 Valor Liquido: 1.753,80

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	23/06/2021	1.753,80						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.753,80	315,68	0,00	0,00	1.668,80

VALOR DO FRETE	VALOR SEGURO	DESCONTO	OUT.DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
85,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.753,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
F DO PRADO PONTOGLIO	do emitente(0)	0	EIZ2292	SP	03.748.339/0001-69

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA JOÃO NUTTI 1450	RIBEIRÃO PRETO	SP	582579953113

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	CILINDROS	DIVERSOS			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL	BC.ICMS	VL.ICMS	VL.IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
124	Oxigênio Medicinal em Cilindros ONU 1072 Nº Risco 2.2	28044000	0 00	5104	M3	80,00	20,8600	1.668,80	1.753,80	315,68	0,00	18,00	0,00

PAGO

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO 21/07/21
C. P. D.
ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Informações complementares de interesse do CONTRIBUINTE:
TRIB APROX R$ 224,45 FEDERAL, R$ 300,38 ESTADUAL, R$ 0,00 MUNICIPAL FONTE: IBPT - B8217A //
ORÇAMENTO 20202

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 1.753,80

RESERVADO AO FISCO

BB
Ag. 1028-2
CC: 15.171-8

OxiGÁS
Distribuidor Autorizado

MESSER Gases for Life

FONE (16) 3624-2970

ORÇAMENTO

Nº 20202

Nome: SANTA CASA PONTAL

Endereço: AVENIDA COSTA FREITAS 753

Cidade: PONTAL Fone: Estado:

CNPJ: I.E.:

Quant.	Unid.	Descrição dos Produtos	M3/KG	Unitário	TOTAL
	Cil.	Oxigênio Industrial em Cilindros			
	Cil.	Oxigênio Ind. PPU 1M³ em Cilindros			
08	Cil.	Oxigênio Medicinal em Cilindros	80	20.86	1668,80
	Cil.	Acetileno Dissolvido Sob Pressão			
	Cil.	Acetileno PPU A40 1 kg em Cilindros			
	Cil.	Solda Ferro 20 ( ) Solda Ferro 15 ( ) Solda Ferro 8 ( )			
	Cil.	Solda Ferro 25 ( ) Solda Inox S5 ( )			
	Cil.	Solda Inox 2 ( ) Solda Inox 4 ( ) Solda Inox S2 ( )			
	Cil.	Argônio em Cilindros			
	Cil.	Nitrogênio em Cilindros			
	Cil.	Dióxido de Carbono Co_2 em Cilindros			

OBSERVAÇÕES: VENCIMENTO 23/06/21

SUB-TOTAL	1668,80
FRETE	85,00
Total Geral	1753,80

Ribeirão Preto, 27 de MAIO de 2021

Assinatura

OXIGÁS GASES INDUSTRIAIS

CAIXA

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3472 / 003 / 00000808-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE STA CASA MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2890 / 00000002416-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ:	08.091.417/0001-19
Valor:	R$ 830,50
Valor da tarifa:	R$ 0,00
Finalidade:	05 - Pagamento de Fornecedores
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	22/07/2021
Data / Hora da operação:	22/07/2021 14:14:07

Código da operação:	00135437
Chave de segurança:	WHMXZK73FXXMNHWP

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

808-7

RECEBEMOS DE ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e Nº 29.341 SÉRIE 1**

RIBERTEC Hospitalar

ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES
RIBERTEC HOSPITALAR
RUA GUIDO BORSARO, 828 - PQ.DOS BANDEIRANTES
CEP: 14090-440 - TEL. (16) 3234.7010
RIBEIRÃO PRETO/SP

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 29.341
SÉRIE 1
Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0708 0914 1700 0119 5500 1000 0293 4110 0042 1682

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA		135210816874396 20/07/21 09:06
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
582709323112		08.091.417/0001-19

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J.		DATA DA EMISSÃO
IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL			55.110.753/0001-41		20/07/2021
ENDEREÇO			**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRA**
R Ananias Costa Freitas 753			Centro	14180000	20/07/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**U.F.**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA**
Pontal	(16) 3953-1716	SP	ISENTO		08:44

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
29341/1	27/07/21	830,50												

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR ICMS DESONERADO	BASE DE CÁLCULO ICMS S.T	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	830,50
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	830,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	U.F.	C.N.P.J./C.P.F.
	9-SEM FRETE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**U.F.**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00				3,00	3.00

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR		ALÍQUOTAS	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
EA0422 0000	EQUIPO AMISET (ST1000) EA 0422 0000 ESTERELIZADO PARENTERAL C/ FILTRO FOTOPROTETOR - SAMTRONIC (CX 50UN)	9018.90.99	040	5.102	Pç	50,00	16,61	830,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lote: JUN2180160290900B x50												

PAGO

CONVÊNIO SMS Nº 04/2020
INCREMENTO MAÇ COVID - 19 CUSTEIO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CONTA CORRENTE 808-7
VALOR PAGO R$ 830,50

CONTROLE DE MERCADORIA
PORTARIA
ALMOXARIFADO
C. P. D. 21/07/21
ADMINISTRAÇÃO
AP Nº
DIRETORIA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
:: Tipo de Cobrança:BOLETO | :: Valor aproximado dos tributos R$0,00 (0.00%) Fonte: IBPT | :: Representante:AMANDA APARECIDA IZIDORO | :: Pedido:20600 | :: OC:2390	

BANCO DO BRASIL	001-9	Recibo do Pagador

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário: ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES

Agência/Código do Beneficiário: 2890-8/855332-

Endereço do Beneficiário: RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP

CNPJ do Beneficiário: 08.091.417/0001-19

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
20/07/2021	29341/1	DM	N	20/07/2021

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17	R$		

Nosso Número: 18553320000008645

(=) Valor do Documento: **830,50**

Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.)

Multa de 2,00 % após 27/07/2021

Juros/Mora ao dia: R$ 0,28 após 27/07/2021

JUROS : 1% AO MÊS

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa/Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL
R ANANIAS COSTA FREITAS 753 ,
14180-000 CENTRO PONTAL SP

Sacador/
Avalista:

CPF/CNPJ do Pagador: 55.110.753/0001-41

Código de Baixa: 18553320000008645

Recebimento através do cheque núm. do banco

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009 01855.332001 00008.645178 3 86940000083050

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento: **27/07/2021**

Beneficiário: ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES - CNPJ: 08.091.417/0001-19

RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP

Agência/Código do Beneficiário: 2890-8/855332-

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
20/07/2021	29341/1	DM	N	20/07/2021

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	17	R$		

Nosso Número: 18553320000008645

(=) Valor do Documento: **830,50**

Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.)

Multa de 2,00 % após 27/07/2021

Juros/Mora ao dia: R$ 0,28 após 27/07/2021

JUROS : 1% AO MÊS

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa/Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL
R ANANIAS COSTA FREITAS 753 ,
14180-000 CENTRO PONTAL SP

Sacador/
Avalista:

CPF/CNPJ do Pagador: 55.110.753/0001-41

Código de Baixa: 18553320000008645

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

SIH-R<HCMP0004> Emissão 19/05/2021 08:44

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX: **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página 1

No. Pedido 2390

Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO **Fornecedor:** 73 - ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA- **Data Ped:** 19/05/2021

Prz.Entr: 7 DIAS **Cond.Pagto:** A VISTA **Dt Env. Forn:**

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA **Status do pedido:** Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)			
Centro de Custo	Quantidade *	(Vlr. Unitário +	Valor IPI -	Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido					
4563- 1 EQUIPO FOTOPROTETOR INFUSAO P/BOMBA-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	50,0000	16,6100	0,0000	0,0000	830,5000
Complemento do item SAMTRONIC					

Totais:

Total Bruto dos itens:	830,5000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido =	Total do Pedido
830,5000	0,0000	0,0000	830,5000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

RIBERTEC Hospitalar

À
SANTA CASA DE PONTAL
CNPJ: 55110753000141
R Ananias Costa Freitas, 753
Pontal / SP

A/C: LUCIA FLORES

01495/21

Ribeirão Preto / SP, 18 de maio de 2021

Prezado(a) Senhor(a)

Temos o prazer de submeter a V.Sas. Proposta autorizada pela ZAFALON SOLUÇÔES HOSPITALARES LTDA. para fornecimento do seguinte equipamento:

EQUIPO AMISET (ST1000) EA 0422 0000 ESTERELIZADO PARENTERAL C/ FILTRO FOTOPROTETOR - SAMTRONIC (CX 50UN)

Seguem como parte integrante desta, especificações, condições de termo de garantia.

A seu inteiro dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais, firmamo-nos.

Atenciosamente,

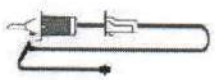
ZAFALON SOLUÇÔES HOSPITALARES LTDA.

TAWANY ROMERO REPRESENTANTE	SANTA CASA DE PONTAL "DE ACORDO" _____ CLIENTE ___/___/___

RIBERTEC Hospitalar

Código	EA0422 0000	EQUIPO AMISET (ST1000) EA 0422 0000 ESTERELIZADO PARENTERAL C/ FILTRO FOTOPROTETOR - SAMTRONIC (CX 50UN)	Qtd	50,00

Equipo fotoprotetor com câmara de gotejamento flexível com filtro e entrada de ar, pinça rolete, injetor lateral, luer lock rotativo e tampa oclusora com filtro de membranahidrofóbica. ANVISA: 10188530073



Quantidade	Preço Unitário	Sub-Total	% IPI	Valor do IPI	Total do Item
50,00	16,61	830,50	0,00	0,00	830,50

Valor do Frete	**0,00**
Valor Total da Proposta	**830,50**

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:
28 DDL

PROPOSTA VÁLIDA ATÉ DIA:
25/05/21 16:43

PRAZO DE ENTREGA:
30 dias

"SUJEITO À DISPONIBILIDADE EM ESTOQUE NO ATO DA APROVAÇÃO DA PROPOSTA"

PREÇOS E SALDOS DEVEDORES SUJEITOS A ALTERAÇÕES DE ACORDO COM A ECONOMIA ATUAL.
ASSISTÊNCIA TÉCNICA: PERMANENTE PRESTADA EXCLUSIVAMENTE PELA RIBERTEC HOSPITALAR OU NOS LABORATÓRIOS DAS REPRESENTADAS.

ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES LTDA É REPRESENTANTE EXCLUSIVO DIXTAL BIOMÉDICA INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA, PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA, PARAMOUNT BED, SAMTRONIC, CISA, TIMPEL E FISHER & PAYKEL PARA ACESSÓRIOS, EQUIPAMENTOS, CORRELATOS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA.

DADOS DO FORNECEDOR:
ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 08.091.417/0001-19 I.E.: 582.709.323.112
RUA GUIDO BORSARO, Nº 828 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO/SP
TEL./FAX: (16) 3234-7010

Gmail **Lucia Flores <luflores290@gmail.com>**

pedido de compra

4 mensagens

Lucia Flores <luflores290@gmail.com> 20 de maio de 2021 11:29
Para: Tawany Ribertec Hospitalar <tawany@ribertechospitalar.com.br>

Bom dia, Tawany

Segue em anexo, pedido de compra.

Att,
Lucia

pd ribertec 2390.pdf
20K

Tawany Ribertec Hospitalar <tawany@ribertechospitalar.com.br> 20 de maio de 2021 13:16
Para: Lucia Flores <luflores290@gmail.com>

Olá Lucia, boa tarde,

Tudo bem?

Aprovação recebida, obrigada.

Porém, o prazo de entrega na ordem de compra está como 7 dias.

Peço que considerem **30 dias**, por favor. A fabrica está com dificuldades na fabricação devido a falta de matéria prima.

Pode ser?

Aguardo o retorno e fico à disposição.

Obrigada.

Att,

Tawany Romero

Analista Administrativa

ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES LTDA.

(16) 3234-7010

Skype: tawany@ribertechospitalar.com.br

www.ribertechospitalar.com.br

Comercial Ribertec Hospitalar ter., 13 de jul. 09:01 (há 2 dias)

para mim, Tawany

Bom dia Lucia, como vai?

Informo que chegou a caixa de equipo solicitada. Vocês teriam motorista disponível para retirada?

Aguardo,
Obrigada.

Bom dia, Tawany

RIBERTEC
Hospitalar

Ribeirão Preto, 18 de Maio de 2021.

Prezados Senhores (as),

A Zafalon Soluções Hospitalares LTDA, representante autorizada Samtronic Industria e Comercio LTDA, vem por meio deste informar aos nossos clientes, para que seja considerado o **prazo de entrega de insumos de 15 a 20 dias após envio do pedido**, pois estamos com uma pontual indisponibilidade do material em estoque devido à dificuldade de reposição (produção) em tempo hábil por falta de matéria-prima, considerando o aumento relevante de consumo devido ao combate do COVID 19.

Salientamos que a fábrica está trabalhando para que sejam normalizados os estoques e para que possamos como sempre honrar nossos compromissos assumidos com nossos clientes.

Pedimos desculpas pelo transtorno e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos / informações que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Assinado de forma digital por
GEAN CARLOS
ZAFALON:26776823898
Dados: 2021.05.18 15:10:51 -03'00'

Gean Carlos Zafalon
Diretor Comercial

ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES LTDA.
Rua: Guido Borsaro n.º 828 – Pq. dos Bandeirantes – Ribeirão Preto – SP – CEP: 14090-440
tel.: (016) 3234-7010 - CNPJ: 08.091.417/0001-19 - I.E.: 582.709.323.112
e-mail: contato@ribertechospitalar.com.br www.ribertechospitalar.com.br

Rioclarense

Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP
End: PC EMILIO MARCONATO, 1000
Fone: (19) 3522-5800
Cep: 13.916-074
Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A0CPNF/1
Sexta-feira, 21 de Maio de 2021 - 9:36:40

Dados do Cliente:

Empresa: 2839 - IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL
Cidade: PONTAL - Estado: SP
Fax:
End: RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753
Fone: 16 39531716
Cnpj: 55.110.753/0001-41
Cep: 14.180-000

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

Seq. Cli.	Cód. Item	Descrição	Marca	UN	Emb	Qtd	Pr.Unit	Pr.Emb	Pr.Total
1	011280	AGULHA 25X7 CX C/100UN 300327	BD	CX	Caixas	20	R$ 0,1672	R$ 16,7200	R$ 334,40
Principio Ativo:		AGULHA DESCARTAVEL 25X7			Reg. MS: 0010033430019				
2	011279	AGULHA 13X4,5 CX C/100UN 300110	BD	CX	Caixas	10	R$ 0,1439	R$ 14,3900	R$ 143,90
Principio Ativo:		AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5			Reg. MS: 0010033430019				
3	011646	AGULHA 40X12 CX C/100UN 300017	BD	CX	Caixas	20	R$ 0,2093	R$ 20,9300	R$ 418,60
Principio Ativo:		AGULHA DESCARTAVEL 40X12			Reg. MS: 0010033430019				
4	013467	AGULHA DE RAQUI SPINAL 25GX3 1/2 CX C/25UN 408379	BD	CX	Caixas	1	R$ 16,1281	R$ 403,2025	R$ 403,20
Principio Ativo:		AGULHA SPINAL P/ RAQUIANESTESIA QUINCKE			Reg. MS: 0010033430144				
5	010304	ALGODAO HIDROFILO NATHY PCT C/1ROL X 500GRS	ERS	PA	Caixas	30	R$ 16,0191	R$ 16,0191	R$ 480,57
Principio Ativo:		ALGODAO HIDROFILO 500GRS			Reg. MS: 0081400090001				
6	025987	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM X 1,8M PCT C/12RO - 156836	CREMER	PA	Caixas	17	R$ 1,3569	R$ 16,2828	R$ 276,81
Principio Ativo:		ALGODAO ORTOPEDICO 10CM X 1,8MT			Reg. MS: 0010071150059				
7	025988	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,8MT CX C/16PCT X 12ROL - 156850	CREMER	PA	Caixas	25	R$ 2,0323	R$ 24,3876	R$ 609,69
Principio Ativo:		ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,8MT			Reg. MS: 0010071150059				

8	025989	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1,8M PCT C/12ROL - 156867	CREMER	PA	Caixas	17	R$ 2,5875	R$ 31,0500	R$ 527,85
Principio Ativo:		ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1,8MT			Reg. MS: 0010071150059				
9	028962	ATADURA DE CREPE 13F 10CMX1,8MT PCT C/6UN - CYSNE (198478)	CREMER	PA	Caixas	100	R$ 2,2459	R$ 13,4754	R$ 1.347,54
Principio Ativo:		ATADURA DE CREPE 13F 10CMX4,5M			Reg. MS: 0010071150057				
10	031249	ATADURA DE CREPE 13F 20CMX4,5M NOBRE SLIN PA C/12UN	FORTCLEAN	PA	Caixas	45	R$ 1,9928	R$ 23,9136	R$ 1.076,11
Principio Ativo:		ATADURA DE CREPE 13F 20CMX4,5M			Reg. MS: 0081474190006				
11	029884	CATETER ANGIOCATH 20G 1,16 CX C/200UN 38833314	BD	CX	Caixas	2	R$ 2,5075	R$ 501,5000	R$ 1.003,00
Principio Ativo:		CATETER ANGIOCATH 20G			Reg. MS: 0010033430148				
12	029885	CATETER ANGIOCATH 22G 1,00 CX C/200UN 38833514	BD	CX	Caixas	2	R$ 2,5168	R$ 503,3600	R$ 1.006,72
Principio Ativo:		CATETER ANGIOCATH 22G			Reg. MS: 0010033430148				
13	028278	CATETER NASAL P/OXIGENIO TIPO OCULOS PCT C/20UN	BIOBASE	PA	Caixas	8	R$ 1,0050	R$ 20,1000	R$ 160,80
Principio Ativo:		CATETER NASAL TIPO OCULOS			Reg. MS: 0080212349005				
14	031312	CAMPO OPERATORIO EST 25X28 C/RX DUPLA EMB 120 PCT C/5UN	MEDPACK	CX	Caixas	4	R$ 1,9845	R$ 1.190,7000	R$ 4.762,80
Principio Ativo:		CAMPO OPERATORIO EST. 25X28CM C/RX			Reg. MS: 0081377330006				
15	032164	CAMPO OPERATORIO EST 25X28 C/RX DUP EMB 20G 40PCTX5UN 354461	CREMER	CX	Caixas	10	R$ 2,9014	R$ 580,2800	R$ 5.802,80
Principio Ativo:		CAMPO OPERATORIO EST. 25X28CM C/RX			Reg. MS: 0010071150065				
16	020482	COMPRESSA DE GAZE 11F EST. 7,5X7,5 CX C/240PCT C/10UN-194586	CREMER	CX	Caixas	13	R$ 0,1563	R$ 375,1200	R$ 4.876,56
Principio Ativo:		COMPRESSA DE GAZE 11F EST. 7,5X7,5			Reg. MS: 0080245210083				
17	031319	COMPRESSA DE GAZE 11F EST 7,5X7,5 CX C/400ENV X 10UN SFE011	MEDPACK	CX	Caixas	8	R$ 0,0891	R$ 356,4000	R$ 2.851,20
Principio Ativo:		COMPRESSA DE GAZE 11F EST. 7,5X7,5			Reg. MS: 0081377330003				
18	028281	ELETRODO DESC MONIT CARDIACA PCT C/50UN 2223BRQ HB004095228	3M	PA	Caixas	12	R$ 0,6408	R$ 32,0400	R$ 384,48

Principio Ativo:	ELETRODO PARA ECG					Reg. MS: 0080284930237			
19	028763	EQUIPO MACRO IL FLEX FILT AR SLIP 1,5M PCT C/25UN 0410201	DESCARPACK	PA	Caixas	60	R$ 1,6843	R$ 42,1075	R$ 2.526,45
Principio Ativo:	EQUIPO MACRO-GOTAS INJ.LAT.AR FILTRO 1,5					Reg. MS: 0010330669065			
20	031168	ESCOVA DESC C/CLOREXIDINA2% CX C/48UN - 88197	VIC PHARMA	CX	Caixas	5	R$ 2,6226	R$ 125,8848	R$ 629,42
Principio Ativo:	ESCOVA DESC.P/ASSEPSIA DE MAOS CLOREXIDI					Reg. MS: 0000000000000			
21	032171	ESPARADRAPO 10CMX4,5M IMPERMEAVEL CX C/72UN 198973	CREMER	CX	Caixas	1	R$ 11,3873	R$ 819,8856	R$ 819,89
Principio Ativo:	ESPARADRAPO 10CMX4,5MTS					Reg. MS: 0080245219059			
22	031861	FILTRO BACTERIANO VIRAL ADULTO HMEF DESC C/TUBO FLEX C/60UN	BE CARE	PA	Caixas	2	R$ 12,2050	R$ 732,3000	R$ 1.464,60
Principio Ativo:	FILTRO BACTERIANO VIRAL					Reg. MS: 0080808489008			
23	023165	FRASCO PARA NUTRICAO ENTERAL 300ML CX C/90UN	BIOBASE	CX	Caixas	6	R$ 1,6694	R$ 150,2460	R$ 901,48
Principio Ativo:	FRASCO PARA NUTRICAO ENTERAL 300ML					Reg. MS: 0080212349002			
24	011610	MICROPORE 25MM X 10M C/ CAPA BRANCO C/1UN 1530 H0001400805	3M	PC	Caixas	60	R$ 6,4625	R$ 6,4625	R$ 387,75
Principio Ativo:	FITA MICROPOROSA 25MM X 10MTS					Reg. MS: 0010002079007			
25	011628	SCALP N 21G ASEPTO CX C/50UN 388337	BD	CX	Caixas	10	R$ 2,1510	R$ 107,5500	R$ 1.075,50
Principio Ativo:	SCALP N.21G					Reg. MS: 0010033430460			
26	013483	SERINGA 3ML S/AG SLIP CENTRAL C/1000UN 990581	BD	CX	Caixas	2	R$ 0,3740	R$ 374,0000	R$ 748,00
Principio Ativo:	SERINGA DESC 3ML SEM AGULHA L.SLIP					Reg. MS: 0010033430030			
27	013484	SERINGA 5ML S/AG SLIP CENTRAL C/700UN 990317	BD	CX	Caixas	3	R$ 0,4906	R$ 343,4200	R$ 1.030,26
Principio Ativo:	SERINGA DESC 5ML SEM AGULHA L.SLIP					Reg. MS: 0010033430030			
28	013477	SERINGA 10ML S/AG SLIP CENTRAL C/400UN 990558	BD	CX	Caixas	5	R$ 0,7174	R$ 286,9600	R$ 1.434,80
Principio Ativo:	SERINGA DESC 10ML SEM AGULHA L.SLIP					Reg. MS: 0010033430030			

29	011289	SERINGA 20ML S/AG SLIP C/250UN 990173	BD	CX	Caixas	8	R$ 1,1291	R$ 282,2750	R$ 2.258,20
Principio Ativo:		SERINGA DESC 20ML SEM AGULHA L.SLIP			Reg. MS: 0010033430030				
30	027914	LUVA DE PROCEDIMENTO S/TALCO M VINIL C/100UN CA38683 0541201	DESCARPACK	CX	Caixas	20	R$ 0,6029	R$ 60,2900	R$ 1.205,80
Principio Ativo:		LUVA DE PROCEDIMENTO VINIL S/TALCO M			Reg. MS: 0010330660273				
31	014436	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M CX C/100UN 0530301	DESCARPACK	CX	Caixas	150	R$ 0,8300	R$ 83,0000	R$ 12.450,00
Principio Ativo:		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M			Reg. MS: 0010330669104				
32	031224	PAPEL LENCOL 70CM X 50MTS BRANCO LUXO CX C/10ROL	FORTCLEAN	CX	Caixas	8	R$ 14,6460	R$ 146,4600	R$ 1.171,68
Principio Ativo:		PAPEL LENCOL 70CM X 50MTS BRANCO 100% CELULOSE VIRGEM			Reg. MS: 0081474190011				
33	031622	MASCARA TRIPLA C/ELASTICO C/CLIP CX C/50UN - 1423	DESCARBOX	CX	Caixas	50	R$ 0,4028	R$ 20,1400	R$ 1.007,00
Principio Ativo:		MASCARA CIR.TRIPLA C/ELASTICO			Reg. MS: 0080937630024				
34	032182	RESPIRADOR PFF-2S CA 38811 PA C/ 01 PC 13030001	VENKURI	PA	Caixas	500	R$ 4,3938	R$ 4,3938	R$ 2.196,90
Principio Ativo:		RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2			Reg. MS: 0010366900068				
35	014435	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM P CX C/100UN - 0530201- CA29996	DESCARPACK	CX	Caixas	1	R$ 0,8300	R$ 83,0000	R$ 83,00
Principio Ativo:		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P			Reg. MS: 0010330669104				
36	031047	TOUCA SANFONADA PCT C/100UN	DESCARTEE	PA	Caixas	30	R$ 0,1741	R$ 17,4100	R$ 522,30
Principio Ativo:		TOUCA SANFONADA			Reg. MS: 0080441390001				

Total Orçamento : R$ 58.380,06

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 24/05/2021

Validade da Proposta: 24/05/2021

Observações:

Estamos no Aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Valor mínimo de faturamento: R$ 500,00

Atenciosamente,

WILLIAN FERNANDO LINO 36220960807
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Orçamento realizado por: Willian Fernando Lino

BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA-EPP

ENDEREÇO.: RUA TAMBAU, 358 - BAIRRO.: VILA ELISA
CEP.: 14075010 - CIDADE.: RIBEIRAO PRETO - UF.: SP
FONE.: 16 38774913
CNPJ.: 17.441.839/0001-68 - INSCRIÇÃO ESTADUAL.: 582.946.900.111

COTAÇÃO DE VENDA

Nro. 12289

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL
Aos Cuidados de..:
Validade Proposta..: Prazo Entrega..:
Vendedor..: ELAINE PENEDO
Pagamento..: CARTEIRA - |||||
Entrega..: ENTREGA

VENDA

Nro.	Código	Produto	Qtde	Preço	Total
1	DE0039	AGULHA DESC 25X7 DESCARPACK CX C/3000	2,000	0,1760	352,00
2	DV6986	AGULHA DESC 13X4,5 SOL-M	1,000	0,1320	132,00
3	DE0037	AGULHA DESC 25X8 DESCARPACK CX C/3000	1,000	0,1890	189,00
4	DV6989	AGULHA DESC 40X12 SOL-M	2,000	0,1890	378,00
5	CF0067	AGULHA RAQUI DESC SPINAL 25 G X 3 1/2 UNISIS CX C/25	25	10,4200	260,50
6	DV0235	ALGODAO HIDROFILO 500GR NATHY FARDO C/20	30	16,9000	507,00
7	PF0007	ALGODAO ORTOPEDICO 10 CM X 1 MT POLAR FIX	204	0,4970	101,39
8	PF0009	ALGODAO ORTOPEDICO 20 CM X 1 MT POLAR FIX	204	1,0400	212,16
9	NE0007	ATADURA CREPE 06 CM X 1.8 MT 13 FIOS EM REPOUSO NEVE	204	0,5630	114,85
10	PF0017	ATADURA CREPE 20 CM X 1.2 MT 13 FIOS EM REPOUSO POLAR FIX	204	1,0400	212,16
11	DV0072	ATADURA CREPE 15 CM X 1.2 MT 13 FIOS EM REPOUSO NEVE	504	0,9730	490,39
12	PF0017	ATADURA CREPE 20 CM X 1.2 MT 13 FIOS EM REPOUSO POLAR FIX	204	1,0400	212,16
13	CR0089	ATADURA GESSADA 10 CM X 03 MT CYSNE CREMER CX C/20	100	2,6500	265,00
14	CR0091	ATADURA GESSADA 15 CM X 3 MT CYSNE CREMER CX C/20	300	3,6100	1.083,00
15	CR0092	ATADURA GESSADA 20 CM X 4 MT CYSNE CREMER CX C/20	100	5,2000	520,00
16	DV6836	INDICADOR BIOLOGICO ATTEST 24HS CLICKTEST MAXXIMED CX C/ 10	20	5,9000	118,00
17	DIX038	CATETER INTRAVENOSO 18G VERDE MEDIX	200	0,9900	198,00
18	DIX039	CATETER INTRAVENOSO 20G ROSA MEDIX	400	0,9900	396,00
19	DIX040	CATETER INTRAVENOSO 22G AZUL MEDIX	400	0,9900	396,00
20	BO0001	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS REF. 0060900 CPL	150	1,4300	214,50
21	DV0172	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS PEDIATRICO GOODCOME	10	7,9000	79,00
22	DIX034	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML MEDIX	200	4,8900	978,00
23	DV0301	CAMPO OPERATORIO (25X28) 45X45 EST C/ RX NEVE C/5	400	8,1800	3.272,00
24	NE0018	COMPRESSA GAZE 7.5 X 7.5 13FIOS C/10 ESTERIL NEVE CX C/ 220	3,000	0,7794	2.338,20
25	NE0022	COMPRESSA GAZE ALGODONADA 10 X 15 ESTERIL NEVE	100	1,0500	105,00
26	DV0161	ELETRODO DESC ADULTO/INFANTIL C/50 SOLIDOR	600	0,3920	235,20
27	MA0005	DRENO PENROSE ESTERIL N.01 MADEITEX	12	1,4500	17,40
28	MA0006	DRENO PENROSE ESTERIL N.02 MADEITEX	12	1,6990	20,39
29	CP0002	PAPEL GRAU CIRURGICO BOBINA 150MM C/FILME CIPAMED	1	114,6600	114,66
30	DV6945	PAPEL GRAU CIRURGICO BOBINA 200MM M2LIFE	2	89,2200	178,44
31	EM0205	EQUIPO FOTOSSENSIVEL INJETOR LATERAL LUER LOCK FILTRO DE AR C/ PROTE	50	4,9800	249,00
32	TK0001	EQUIPO MACRO GOTAS FLEXIVEL C/ INJETOR LATERAL E FILTRO DE AR COD: K-	1,200	1,4500	1.740,00
33	MI0009	ESPARADRAPO 10CM X 4.5MT ADPELE CX C/24 MISSNER	72	9,9900	719,28
34	KO0003	ESPECULO VAGINAL DESC MEDIO CX C/150 KOLPLAST	6	1,3300	7,98
35	DV7019	EXTENSAO FLEXIVEL OXIGENIO DESC ESTERIL 2 MT VERDE CX C/120 MEDSHAR	80	4,3600	348,80
36	EM0132	EXTENSOR P/EQUIPO PEDIATRICO 120CM 8FR COD: 360028 EMBRAMED	100	1,6400	164,00
37	5962	FAIXA SMARCH 10CM TAYLOR	12	18,8800	226,56
38	5963	FAIXA SMARCH 15CM TAYLOR	6	31,0600	186,36
39	BRA001	FILTRO ANTIBACTERIANO ADULTO HMEF BRMED	100	8,2000	820,00
40	PF0033	FITA ADESIVA 16X50 POLAR FIX CX C/42	40	4,9000	196,00
41	JR0052	FRASCO COLETOR SIST DRENAGEM TORAX 1000ML MEDSHARP	70	22,1800	1.552,60
42	EM0022	FRASCO ALIMENTACAO ENTERAL 300ML REF. 370690 EMBRAMED	500	1,3300	665,00
43	CF0037	LAMINA BISTURI N 21 FEATHER AÇO CARBONO CX C/100	100	2,7500	275,00
44	CO0001	MALHA TUBULAR 04CM MSO	2	5,3300	10,66
45	CO0002	MALHA TUBULAR 06CM MSO	2	7,1600	14,32
46	CO0003	MALHA TUBULAR 08CM MSO	2	8,6300	17,26
47	CO0004	MALHA TUBULAR 10CM MSO	4	8,9200	35,68
48	CO0005	MALHA TUBULAR 12CM MSO	6	10,3100	61,86
49	CO0006	MALHA TUBULAR 15CM MSO	6	14,5200	87,12
50	MI0006	FITA MICROPORE 25 MM X 10 MT MISSNER	100	2,9600	296,00
51	DV1306	PRESERVATIVO NAO LUBRIFICADO C/144 BLOWTEX	100	0,3800	38,00

COTAÇÃO DE VENDA

Nro. 12289

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL
Aos Cuidados de..:
Validade Proposta..: Prazo Entrega..:
Vendedor..: ELAINE PENEDO
Pagamento..: CARTEIRA - |||||
Entrega..: ENTREGA

VENDA

Nro.	Código	Produto	Qtde	Preço	Total
52	KO0029	PULSEIRA DE IDENTIFICACAO ADULTO BRANCA C/100 KOLPLAST	100	0,6600	66,00
53	VM0002	RESERVATORIO ADULTO PVC 2500ML COD5933 PROTEC	6	35,1200	210,72
54	DE0032	SCALP N.21G DESCARPACK CX C/100	500	0,4900	245,00
55	DIX002	SCALP N.23G MEDIX	400	0,2990	119,60
56	DE0046	SERINGA DESC 03 ML S/AG BICO LISO DESCARPACK CX C/100	2,000	0,4030	806,00
57	IN0007	SERINGA DESC 10 ML S/AG BICO LISO INJEX CX C/ 450	2,000	0,4680	936,00
58	BD0080	SERINGA DESC 05 ML S/AG BICO ROSCA BD CX C/700	2,000	0,4300	860,00
59	PL0014	SERINGA DESC 20 ML S/AG BICO LISO DESCARPACK CX C/50	2,000	0,8700	1.740,00
60	CPL011	SONDA GASTRICA N.16 CPL PCT C/50	40	2,1000	84,00
61	DIX037	SONDA FOLEY 2 VIAS N.18 C/B 15-30 ML MEDIX CX C/10	30	3,9000	117,00
62	CPL037	SONDA RETAL N.06 CPL PCT C/50	60	0,6190	37,14
63	CF0429	SONDA RETAL N.08 FOYOMED	30	1,1500	34,50
64	MSO002	TALA DE ALUMINIO 16 X 250 MSO	12	0,8100	9,72
65	EM0112	TORNEIRINHA DESC 3 VIAS C/ LUER LOOK EMBRAMED CX C/100 490046/266627	700	1,9800	1.386,00
66	BA0155	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC C/B N.5.0 BCI MEDICALS CX C/10	4	5,9900	23,96
67	DV6837	INTEGRADOR QUIMICO CLASSE 5 CX C/250 MAXXITEST	1	86,9000	86,90
68	DV0401	LUVA VINIL ANTIALERGICA MEDIA SEM TALCO DANNY	20	93,7000	1.874,00
69	PM0004	PAPEL LENCOL 70X50 PLUMAX ECO CX C/10	80	11,3400	907,20
70	AP0012	CICLO ZYME EXTRA 5000ML 4 ENZIMAS CX C/4 CICLO FARMA	2	144,9000	289,80
71	DIX007	LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA C/100 MEDIX	10	112,9000	1.129,00
72	DV6938	MASCARA DESC TRIPLA C/ ELASTICO DESCARBOX C/50	50	19,9000	995,00
73	DP0082	MASCARA PFF2 BRANCA C/VALVULA HQ	150	3,8000	570,00
74	AN0001	TOUCA DESC BRANCA C/ ELASTICO 30GR SANFONADA C/100 ANAPOLIS	30	18,0800	542,40
				Total..:	34.471,82

Obs..: COTAÇÃO 502

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA (04.027.894/0003-26) - GO

Orçamento: 984736 **Data:** 17/05/2021 **Condição de Pagamento:** 30 DD
Atendente: 216-SASHA GIGLI MENEZES **Validade do Orçamento:** 20/05/2021 **Prazo/Entrega:**

Cliente: 5584-IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL
Endereço: R ANANIAS COSTA FREITAS, 753
Telefone: (16) 3953-1716

Item	Código	Descrição	Quantidade	Pr. Caixa	Preço Unit.	Total
1	3034	AGULHA DESC. C/100 25X07 - BD - AGULHA 25 X 07	20	12,0000	0,1200	240,00
2	3039	AGULHA DESC. C/100 40X12 - BD - AGULHA 40 X 12	20	15,0000	0,1500	300,00
3	25019	AGULHA P/RAQUI DESC 25G 3 1/2 C/25 SPINA BD - AGULHA P/RAQUI	1	250,0000	10,0000	250,00
4	3796	ALGODAO ORTOP.10X1.0M C/12-ORTOBOM -	17	5,0000	0,4167	85,00
5	3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM -	25	7,0000	0,5833	175,00
6	3799	ALGODAO ORTOP.20X1,0M C/12-ORTOBOM -	17	8,5000	0,7083	144,50
7	12691	ATADURA CREPE 13F 06CMX 1,80M C/12 EUR. - POLARFIX - ATADURA DE CREPE	17	4,0500	0,3375	68,85
8	12872	ATADURA CREPE 13F 10CMX 1,80M C/12 EUR. - POLARFIX - ATADURA DE CREPE	50	6,9500	0,5792	347,50
9	12887	ATADURA CREPE 13F 20CMX 1,80M C/12 EUR. - POLARFIX - ATADURA DE CREPE	42	11,9000	0,9917	499,80
10	9859	ATADURA GESSADA 10CM C/20-POLARFIX - ATADURA DE GESSO 10CM	5	26,0000	1,3000	130,00
11	9887	ATADURA GESSADA 15CM C/20 -POLARFIX - ATADURA DE GESSO 15CM	15	39,0000	1,9500	585,00
12	3819	ATADURA GESSADA 20CM C/20-POLARFIX - ATADURA DE GESSO 20CM	2	64,0000	3,2000	128,00
13	37426	CATETER IV N 20 CX C/200 - ANGIOCATH/BD - CATETER INTRAVENOSO 20G	2	310,0000	1,5500	620,00
14	37314	CATETER IV N 22 CX C/200-ANGIOCATH -BD - CATETER INTRAVENOSO 22G	2	310,0000	1,5500	620,00
15	34551	CATETER P/OXIG TIPO OCULOS C/100 - MEDSONDA - CATETER TIPO OCULOS	2	86,0000	0,8600	172,00
16	51324	COLETOR URINA SIST.FECHADO - MEDIX - COLETOR URINA SISTEMA FECHADO	200	4,0500	4,0500	810,00
17	37182	CAMPO OPER 45X50CM RX (25X28) C/5 EST- AMERICA MED - CAMPO OPERATORIO ESTERIL	80	5,6000	5,6000	448,00
18	35673	EQUIPO MACRO C/INJ.C/FILTRO/AR C/25 - DESCARPACK - EQUIPO MACRO C/INJETOR	48	31,0000	1,2400	1.488,00
19	30967	ESCOVA P/ASSEP.C/CLOREX.2% C/48-VICPHARM REF86601 - ESCOVA P/ASSEPSIA	5	110,0000	2,2917	550,00
20	28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX - ESPARADRAPO	72	8,3800	8,3800	603,36
21	37251	EXTENSAO P/OXIGENIO 2,0MT - MEDSONDA - EXTENSAO P/OXIGENIO	80	1,5500	1,5500	124,00
22	49509	FILTRO BACTER. C/TRAQUEIA ADULTO - SCAVMEDICAL - FILTRO BACTERIOLOGICO	100	8,0000	8,0000	800,00
23	50370	FITA ADESIVA 16X50(I) - EUROCEL - FITA ADESIVA	40	3,2500	3,2500	130,00
24	25807	MALHA TUBULAR 08CMX15M -ORTHOLEV - MALHA	2	7,0500	7,0500	14,10
25	25747	MALHA TUBULAR 10CMX15M -ORTHOLEV - MALHA	4	9,6000	9,6000	38,40
26	25808	MALHA TUBULAR 12CMX15M -ORTHOLEV - MALHA	6	10,6000	10,6000	63,60
27	25713	MALHA TUBULAR 15CMX15M -ORTHOLEV - MALHA	6	14,1500	14,1500	84,90
28	8037	PRESERVATIVO N.LUBRIF.C/144-BLOWTEX -	1	41,0000	0,2847	41,00
29	30760	SERINGA DESC.05ML S/AG C/700 LS-BD - SERINGA DESC.	3	242,5500	0,3465	727,65
30	30371	SERINGA DESC.10ML S/AG C/400 LS-BD - SERINGA DESC.	5	201,1000	0,5028	1.005,50
31	20952	SERINGA DESC.20ML S/AG C/250 LS-BD - SERINGA DESC.	8	210,0000	0,8400	1.680,00
32	34405	TESTE BOWIE & DICK FOLHA 0130/1227 C/50 - 3M - TESTE BOWIE & DICK	2	429,5000	8,5900	859,00
33	20716	TORNEIRINHA 3 VIAS L.LOCK C/100 -EMBRAM - TORNEIRINHA DESC.	7	119,9000	1,1990	839,30
34	29080	FRALDA GERIAT.TAM.G C/8-BIGFRAL PLUS - FRALDA	4	20,0000	2,5000	80,00
35	48874	INTEGRADOR VAPOR 1243A C/1SC C/500-3M - INDICADOR/INTEGRADOR QUIMICO P/ESTERILIZ	1	369,5000	0,7390	369,50
36	32749	LUVA P/PROC.VINIL S/TALCO M C/100 - DESCARPACK - LUVA DE VINIL	20	59,3000	0,5930	1.186,00
37	50195	PAPEL LENCOL 70X50 C/10 (BCO)-FORTCLEAN - PAPEL	8	76,3000	7,6300	610,40
38	47210	DETERGENTE ENZIMATICO 5E 5LT - 3M - DETERGENTE	2	521,0500	521,0500	1.042,10
39	49480	LUVA P/PROCEDIMENTO P C/100-NUGARD - LUVA DE	10	87,6000	0,8760	876,00
40	51122	TOUCA FEM. C/ELASTICO C/100 20GR-DESCARTEE - TOUCA FEM.C/ ELASTICO	3	14,3000	0,1430	42,90
41	50110	MASCARA DESC.TRIPLA C/ELASTICO C/50 - NEVE - MASCARAS DIVERSAS	50	21,0000	0,4200	1.050,00

TOTAL DOS ITENS: **19.929,36**

LUMAR
COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

Irmandade da Santa Casa de Misericória de Pontal
depto compras
Rua Ananias Costa Freitas, 753
Pontal - SP

Orçamento: 56706
Data: 18/05/2021
Nr. Controle:
Proc. Cliente:

COTACAO 502

Item	Quant.	Unid.	Produto | Nome Genérico / Nome Comercial	Marca	Unit.	Total
2	1000	UND	AGULHA DESCARTAVEL AGULHA DESC.13X4,5 100UN Dosagem: 13X4,5 Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 CX 100 UND	MEDIX	0,1585	158,50
3	1000	UND	AGULHA DESCARTAVEL AGULHA DESC.25X8 100UN Dosagem: 25x8 Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 CX 100 UND	MEDIX	0,1583	158,30
4	2000	UND	AGULHA DESCARTAVEL AGULHA DESC.40X12 100UN Dosagem: 40X12 Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 CX 100 UND	MEDIX	0,1629	325,80
5	25	PCT	AGULHA P/RAQUI AGULHA DESC.P/RAQUI 25X3,5 ESPINHAL 1UN Dosagem: 25GX3,5 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 25 PCT 1 UND	LABOR IMPORT	6,2000	155,00
6	30	RL	ALGODAO ALGODAO 500G NEVOA Dosagem: NEVOA Apresentação Cotada: RL 500 GR Apresentação Comercial: PCT 20 RL 500 GR	NORTEXTIL	11,4700	344,10
7	204	UND	ALGODAO ORTOPEDICO ALGODAO ORTOP.10CMX1,0M 12UN ORTOFEN Dosagem: 10CMX1,0M Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: FA 64 PCT 12 UND	ORTOM	0,4200	85,68
8	300	UND	ALGODAO ALGODAO ORTOP.15CMX1,0M 12UN ORTOFEN Dosagem: 15CMX1,0M Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: PCT 12 UND	ORTOM	0,6300	189,00
9	204	UND	ALGODAO ORTOPEDICO ALGODAO ORTOP.20CMX1,0M 12UN ORTOFEN Dosagem: 20CMX1,0M Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: FA 32 PCT 12 UND	ORTOM	0,6850	139,74
10	204	UND	ATADURA DE CREPE 13 FIOS AT.CREPE 06CMX1,2M 13F 12UN ULTRAPRESS Dosagem: 06CMX1,2M Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: PCT 120 PCT 12 UND	ANAPOLIS INDUSTRIA	0,3600	73,44
11	504	UND	AT.CREPE 20CM 12UN ORTOM Dosagem: 20CM Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: CX 20 PCT 12 UND	ORTOFEN	0,6300	317,52
12	100	PCT	ATADURA GESSO AT.GESSO 10CMX3,0M 1UN ORTOFLEX Dosagem: 10CMX3M Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 20 PCT 1 UND	ORTOM	1,6700	167,00
13	300	PCT	ATADURA GESSO AT.GESSO 15CMX3,0M 1UN ORTOPLAST Dosagem: 15CMX3M Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 20 PCT 1 UND	ORTOM	2,4600	738,00
14	100	PCT	ATADURA GESSO AT.GESSO 20CMX4,0M 1UN ORTOFLEX Dosagem: 20CMX4M Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 20 PCT 1 UND	ORTOM	4,0200	402,00
15	20	UND	INDICADOR BIOLOGICO A VAPOR 1UN-CLEAN 24HS Dosagem: Apresentação Cotada: UND 1 UND Apresentação Comercial: CX 50 UND 1 UND	CLEAN-UP	5,7500	115,00
16	100	PCT	CATETER CATETER IV 18G TEFLON VITAL GOLD Dosagem: 18G Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 50 PCT 1 UND Observação: val.31/08/21	JOAO MED	0,3300	33,00
16	169	PCT	CATETER CATETER IV 18G Dosagem: IV 18G Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	GAMMA CRUCIS	1,0700	180,83

17	400	PCT	CATETER CATETER IV 20G ROSA MEDIX Dosagem: 20G Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	MEDIX	0,9593	383,7
18	400	PCT	CATETER CATETER IV 22G AZUL MEDIX Dosagem: 22G Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	MEDIX	0,9593	383,7
19	200	PCT	COLETOR URINA BOLSA COLETORA DE URINA SF.2000ML Dosagem: SF 200ML Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	AGROMASS	4,0800	816,0
20	400	PCT	CAMPO OPERATORIO CAMPO OPERATORIO 25X28 RX 5UN VITORIA B52 Dosagem: 25x28 Apresentação Cotada: PCT 5 UND Apresentação Comercial: CX 110 PCT 5 UND	AMERICAN MEDICAL	8,8800	3.552,0
21	3000	PCT	COMPRESSA GAZE 9 FIOS COMPR.GAZE 7,5X7,5 EST.9F 10UN HERIKA (10G) Dosagem: 9F 10UN Apresentação Cotada: PCT 10 UND Apresentação Comercial: CX 500 PCT 10 UND	AMERICAN MEDICAL	0,3727	1.118,1
22	100	PCT	CURATIVO CURATIVO CIRURGICO EST.10X15CM 1UN LUIZA P33 Dosagem: 10CMX15CM Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 600 PCT 1 UND	AMERICAN MEDICAL	1,7200	172,0
23	600	UND	ELETRODO ELETRODO DESC. ADULTO 1UN MAXICOR Dosagem: ADULTO Apresentação Cotada: UND 1 UND Apresentação Comercial: PCT 50 UND 1 UND	MAXICOR	0,3518	211,0
24	12	PCT	DRENO PENROSE DRENO PENROSE EST.S/GAZE N.01 1UN MADEITEX Dosagem: S/GAZE N.1 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 144 PCT 1 UND	MADEITEX	1,4800	17,76
25	1	RL	PAPEL GRAU CIRURGICO PAPEL GRAU CIRURG.BOBINA 15CMX100M DUOTEC Dosagem: Apresentação Cotada: RL 100 MT Apresentação Comercial: CX 12 RL 100 MT	DUOTEC	85,2900	85,29
26	1200	PCT	EQUIPO MACROGOTAS EQUIPO MACRO PR C/INJ.LAT. C/FILTRO LUER SLIP Dosagem: Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 500 PCT 1 UND	DESCARPACK/MATRI	1,2900	1.548,00
27	72	UND	ESPARADRAPO ESPARADRAPO 10CMX4,5M MISSNER Dosagem: 10CMX4,5M Apresentação Cotada: UND 1 RL Apresentação Comercial: CX 24 UND 1 RL	MISSNER	8,3200	599,04
28	6	PCT	ESPECULO VAGINAL ESPECULO VAG.DESC.EST.N/LUBRIF.MED VAGISPEC Dosagem: MD S/LUB Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: PCT 100 PCT 1 UND	ADLIN PLASTICOS	1,4100	8,46
29	80	PCT	EXTENSAO PARA OXIGENIO 2MT MEDSONDA Dosagem: 200CM Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: PCT 1 UND	MEDSONDA	1,6300	130,40
30	10	CX	TIRA P/GLICOSE TIRAS ACCU-CHEK ACTIVE 3X50UN Dosagem: ACTIVE Apresentação Cotada: CX 150 UND Apresentação Comercial: CX 150 UND Observação: val.05/09/21	ROCHE SP -	128,9900	1.289,90
31	40	PCT	FITA ADESIVA HOSPITALAR FITA ADESIVA BRANCA 16MMX50M CIEX Dosagem: 16MMX50M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: CX 60 PCT 1 RL	CIEX	4,7000	188,00
32	500	FR	FRASCO DIET FRASCO DIET 300ML EQUIPLEX Dosagem: Apresentação Cotada: FR 300 ML Apresentação Comercial: CX 100 FR 300 ML	EQUIPLEX/GO	0,8794	439,70
33	100	UND	LAMINA BISTURI LAMINA BISTURI CARB.N.21 1UN BIOMASS Dosagem: Nº 21 Apresentação Cotada: UND 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 UND 1 UND	AGROMASS	0,2939	29,39
34	2	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 04CMX15M ORTOFEN Dosagem: 04CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	5,2900	10,58
35	2	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 06CMX15M ORTOFEN Dosagem: 06CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	6,0500	12,10

36	2	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 08CMX15M ORTOFEN Dosagem: 08CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	7,4400	14,
37	4	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 10CMX15M ORTOFEN Dosagem: 10CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	8,0800	32,
38	6	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 12CMX15M ORTOFEN Dosagem: 12CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	9,4900	56,
39	6	PCT	MALHA TUBULAR MALHA TUBULAR 15CMX15M ORTOFEN Dosagem: 15CMX15M Apresentação Cotada: PCT 1 RL Apresentação Comercial: PCT 1 RL	ORTOM	12,3900	74,
40	60	UND	FITA MICROPORE FITA MICROPORE 2,5CMX10M CIEX Dosagem: 2,5CMX10M Apresentação Cotada: UND 1 RL Apresentação Comercial: CX 48 UND 1 RL	CIEX	2,8800	172,
41	100	UND	PRESERVATIVO PRESERVATIVO N/LUBR.1UN Dosagem: N.LUBRIF Apresentação Cotada: UND 1 UND Apresentação Comercial: CX 144 UND 1 UND	BLOWTEX	0,3528	35,
42	500	PCT	ESCALPE SCALP 21G BIOMASS Dosagem: 21G Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	AGROMASS	0,2774	138,
43	2000	PCT	SERINGA DESCARTAVEL S/AGULHA SERINGA DESC.5ML S/AG BICO LUER SLIP Dosagem: 5ML Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 1 UND	DESCARPACK/MATRI	0,4130	826,0
44	2000	PCT	SERINGA DESCARTAVEL S/AGULHA SERINGA DESC.10ML S/AG BICO LUER SLIP Dosagem: 10ML S/AG Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 250 PCT 1 UND	SR RODRIGUES	0,4130	826,0
45	2000	PCT	SERINGA DESCARTAVEL S/AGULHA SERINGA DESC.20ML S/AG BICO LUER SLIP Dosagem: 20ML S/AG Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 250 PCT 1 UND	SR RODRIGUES	0,6607	1.321,4
46	30	PCT	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SONDA ASP.TRAQUEAL N.14 LAR Dosagem: N.14 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: PCT 1 UND	LAR INDUSTRIA E	0,6979	20,94
47	30	PCT	SONDA FOLEY SONDA FOLEY 2V B30CC N.18 DESCARPACK Dosagem: 2V B30C 18 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 10 PCT 1 UND	DESCARPACK/MATRI	3,4300	102,90
48	60	PCT	SONDA RETAL SONDA RETAL N.06 MARK MED Dosagem: N.06 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: PCT 10 PCT 1 UND	MARK MED	0,5548	33,29
49	30	PCT	SONDA RETAL SONDA RETAL N.08 MEDSONDA Dosagem: N.08 RETAL Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: PCT 1 UND	MEDSONDA	0,6002	18,01
50	700	PCT	TORNEIRA 3 VIAS P/INFUSAO TORNEIRA 3VIAS LUER LOCK DESC. Dosagem: Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 50 PCT 1 UND	GAMMA CRUCIS	1,0700	749,00
51	4	PCT	SONDA ENDOTRAQUEAL TUBO(SONDA) ENDO.S/B 5,0 Dosagem: S/B 5,0 Apresentação Cotada: PCT 1 UND Apresentação Comercial: CX 10 PCT 1 UND	CIRUTI	5,1300	20,52
52	15	PCT	FRALDA DESCARTAVEL FRALDA DESC.AD.FOX G 8UN Dosagem: G Apresentação Cotada: PCT 8 UND Apresentação Comercial: PCT 6 PCT 8 UND	FOX INDUSTRIA	13,3300	199,95
53	1	PCT	INTEGRADOR Q.CLEAN TEST CLASSE 5 100UN Dosagem: Apresentação Cotada: PCT 100 UND Apresentação Comercial: CX 100 PCT 100 UND	CLEAN-UP	54,4800	54,48
54	20	CX	LUVA PROCEDIMENTO LUVA PROC.VINIL M S/PO 100UN Dosagem: M Apresentação Cotada: CX 100 UND Apresentação Comercial: CX 10 CX 100 UND	MEDIX	79,1400	1.582,80

55	150	CX	LUVA PROCEDIMENTO LUVA PROC.LATEX C/PO M 100UN Dosagem: MED. Apresentação Cotada: CX 100 UN Apresentação Comercial: CX 10 CX 100 UN	LEMGRUBER	102,8000	15.420,
56	80	UND	PAPEL LENCOL PAPEL LENCOL HOSP.70X50 BRANCO (ORTOFEN) Dosagem: 70X50 Apresentação Cotada: UND 1 RL Apresentação Comercial: CX 10 UND 1 RL	ORTOM	12,0200	961,
57	100	UND	DESCARTADOR DE MATERIAL PERFURO CORTANTE COLETOR PERF.CORT.13L ECOLOGICO DESCARBOX Dosagem: 13LITROS Apresentação Cotada: UND 1 UND Apresentação Comercial: CX 20 UND 1 UND	DESCARBOX	7,8900	789,
58	2	GL	DETERGENTE ENZIMATICO CICLO ZYME EXTRA(DETERGENTE ENZIMATICO) 5LT Dosagem: GALAO Apresentação Cotada: GL 5 LT Apresentação Comercial: CX 4 GL 5 LT	CICLO FARMA	96,6400	193,
59	10	CX	LUVA PROCEDIMENTO LUVA PROC.LATEX C/PO P 100UN Dosagem: P Apresentação Cotada: CX 100 UND Apresentação Comercial: CX 10 CX 100 UND	LEMGRUBER	102,8000	1.028,
60	50	CX	MASCARA CIRÚRGICA C/ELASTICO MASCARA DESC.C/EL.TRIPLA 50UN Dosagem: TRIPLA Apresentação Cotada: CX 50 UND Apresentação Comercial: CX 50 CX 50 UND	NAYR INDUSTRIA	21,5000	1.075,

VALOR TOTAL DO ANEXO ----->	**40.325,57**

Valores Expressos em Reais	**VALOR GLOBAL DA PROPOSTA -----> 40.325,57**
Valor por Extenso	**quarenta mil e trezentos e vinte e cinco reais e cinquenta e sete centavos**

ATENÇÃO !!! - Condição especial desta proposta:

1 - Esta proposta está condicionada à analise de crédito do cliente.
2 - Qualquer emissão de Autorização de Fornecimento - AF ou empenho deverá proceder de consulta ao nosso Departamento Financeiro.
3 - Considerar,quando existente, o conteúdo do campo Observação em cada item da proposta.
4 - Na eventualidade de ocorrência de entrega parcial dos produtos, será solicitada a emissão de uma nova Autorização de Fornecimento ou empenho.
5 - As quantidades a serem solicitadas em eventuais requisições de itens, decorrentes desta proposta, deverão ser adequadas (a maior ou a menor), tornando-as compatíveis com a apresentação da embalagem fornecida pelo fabricante proposto, nela referida, evitando-se fracionamentos não permitidos pela legislação vigente.

Validade da Proposta	Condições de Pagamento	Banco para Pagamento	Conta para Pagamento
10 Dias	30 dias	BANCO DO BRASIL - CONTA	AG.: 6520-X C/C.: 104069-3
Validade dos Produtos	**Prazo de Entrega**	**Faturamento Mínimo**	**Procedência dos Produtos**
	02	200,00	NACIONAL
Local de Entrega -->			

Carimbo Padronizado do CNPJ

49 228 695/0001-52
LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS
FARMACEUTICOS LTDA.
Avenida Wilson Bego Nº 745
Distrito Industrial CEP 14406-091
FRANCA - SP

Franca, 18/05/2021

LUMAR COM. PROD. FARMACÊUTICOS LTDA

808-7

ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA

CNPJ: 08.091.417/0001-19

ENDEREÇO: RUA GUIDO BORSARO, 828 – PQ. DOS BANDEIRANTES

CEP: 14.090-440

RIBEIRÃO PRETO/SP

TELEFONE: (016) 3234 7010

DADOS PARA DEPÓSITO BANCÁRIO:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 2890-8

CONTA CORRENTE: 2416-3