

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0890 013 00022249-8
Tipo de conta:	02 - Conta Poupança
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL 0000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3149 / 00000306406-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CPF/CNPJ:	67.729.178/0004-91
Valor:	R\$ 2.720,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	RIOCLARENSE NF1407919
Histórico:	CONVENIO 013/2020 1

Data de débito:	29/03/2021
Data / Hora da operação:	29/03/2021 07:59:02

Código da operação:	00103610
Chave de segurança:	Q13E9W5LKK9UVHGN

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

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

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMBIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 19352258000 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1407919 FL 1 / 1
SÉRIE 1CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4079 1919 1136 0505Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO INSNPJ 67.729.178/0004-91
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210263054541 10/03/2021 14:55:02DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL IRM. DE MISER. DO HOSP. DA STA CASA DE MONTE ALTO CNPJ / CPF 52.852.100/0001-40 DATA DA EMISSÃO 10/03/2021
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER 396 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 15910-000 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 10/03/2021
MUNICÍPIO MONTE ALTO FONE / FAX 1632443244 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1407919/1	09/04/2021	2.720,00						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.720,00	489,60	0,00	0,00	2.720,00

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	2.720,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260 MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114
QUANTIDADE 8,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 0,00011 PESO BRUTO 9,600 PESO LÍQUIDO 9,600

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
028281	ELETRODO PARA ECG (3M) L: 2028200236 Q: 8.000,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022, nFCI: 15AEB4C6-2331-404D-8878-4F3EE 0285618	90181990	300	5102	PC	8.000,00	0,34	2.720,00	2.720,00	489,60	0,00	18,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
12/03/2021
[Assinatura]DIGITADO
N.º 138
12/03/2021
por: [Assinatura]CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 550516029 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 VALOR DO ISSQN 0,00DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Eamp;#xA;PEDIDO 162195584.1 VERBA 013/2020-01 DATA ENTREGA: 11/03/2021 Pedido: 1861702
Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1861702 *** 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(Código Interno Emitente: 5063 Nome Fantasia: IRM. DE MISER. DO HOSP. DA STA CASA DE MONTE ALTO)

RESERVADO AO FISCO

RECURSO PUBLICO FEDERAL
COVID 19

Formo de repaseo 013/2020-1

Pago com recurso Federal: 2720,00

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
[Assinatura]
CONTABILIDADE