

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

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

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL 0000000 - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3149 / 00000306406-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.729.178/0004-91
<b>Valor:</b>	R\$ 2.400,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF1408230
<b>Histórico:</b>	CONVENIO 013/2020 1

<b>Data de débito:</b>	29/03/2021
<b>Data / Hora da operação:</b>	29/03/2021 07:59:56

<b>Código da operação:</b>	00103665
<b>Chave de segurança:</b>	7TW2NUT1G1UCUFCH

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 EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP 13916-074 - 1935225800

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA  
 Nº. 1408230 FL 1 / 1  
 SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO  
**3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4082 3018 3839 0857**

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135210264301123 10/03/2021 18:54:39

CNPJ  
 67.729.178/0004-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**395060142110**

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
**67.729.178/0004-91**

DESTINATÁRIO/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
1408230/1	09/04/2021	2.400,00						

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
2.400,00	432,00	0,00	0,00	2.400,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.400,00

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  
**1,00**

ESPÉCIE  
**VOLUME(S)**

MARCA

NUMERO  
**0,00002**

PESO BRUTO  
**3,240**

PESO LÍQUIDO  
**3,240**

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	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
031376	ENOXAPARINA SÓDICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A132 07A1 Q: 150,0000 F: 14/03/20 V: 28/02/2022	30049099	200	5102	SE	150,00	16,00	2.400,00	2.400,00	432,00	0,00	18,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO  
 MERCADORIAS  
 12/03/2021  
 Paulo

**DIGITADO**  
 N.º 134  
 12/03/2021  
 por: manual

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  
 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 11/03/2021 Pedido: 1862007 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1862007 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* ABE: 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)

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
 1513  
 CONTABILIDADE

RESERVADO AO FISCO

**RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19**

Termo de repasse 013/2020-1

Pago com recurso Federal: 2400,00

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original