

**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 / 00000000249-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CPF/CNPJ:	67.729.178/0006-53
Valor:	R\$ 10.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	NF6057
Histórico:	CONVENIO 013/2020 1

Data de débito:	28/04/2021
Data / Hora da operação:	28/04/2021 08:23:16

Código da operação:	00105087
Chave de segurança:	WHS2843K3QVXSGL

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

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº. 0006057 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
2621 0467 7291 7800 0653 5500 1000 0060 5715 2675 4439

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
126210026132346 09/04/2021 10:44:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO

INSCRIÇÃO ESTADUAL 086709860 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO CNPJ 67.729.178/0006-53

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 09/04/2021

ENDEREÇO **RUA CARLOS KIELANDER 396** BAIRRO / DISTRITO **CENTRO** CEP 15910-000 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 09/04/2021

MUNICÍPIO **MONTE ALTO** FONE / FAX 1632443244 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0006057/1	07/05/2021	10.500,00							

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
10.500,00	1.260,00	0,00	0,00	10.500,00
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
				10.500,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL **CRONOS/REDESPACHO** FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ 38.444.081/0001-91

ENDEREÇO **R DOUTOR ALBERTO FRANCO** MUNICÍPIO **CAMPINAS** UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 122386598118

QUANTIDADE **1,00** ESPÉCIE **VOLUME(S)** MARCA NUMERO **0,00022** PESO BRUTO **8,850** PESO LÍQUIDO **8,850**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPÍ
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) (PRO DEPE: MIDAZOLAM) L: AP-052/21 Q: 500,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	6108	AP	500,00	21,00	10.500,00	10.500,00	1.260,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 2607901	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Empresa incentivada pelo PRODEPE (Lei 11.675, Outubro/99), credenciada através do Decreto 49.312 - Agosto/20.UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 161266341.1 DATA ENTREGA: 09/04/2021 Pedido: 1892704 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1892704 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 249-6 - CNPJ 67729178000653 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 8.20.770-1 ** AE: 1.24.353-9 ** AAS: 240.3/2020 Validade: 17/09/2021 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

Termo de repasse 013/2020-1

Pago com recurso Federal: 10.500,00

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original

DIGITADO
Nº. 171
16/04/2021
Por: maurice

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
HOSPITAL JA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Ja 2314
CONTABILIDADE

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
14, 04, 21
Eliziane