

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0890 / 013 / 00021884-9
Tipo de conta:	02 - Conta Poupança
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IRMAND MISER HOSP SANTA 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\$ 670,08
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	NF1356557
Histórico:	CONVENIO 008/2020 1

Data de débito:	06/11/2020
Data / Hora da operação:	06/11/2020 12:07:27

Código da operação:	00169451
Chave de segurança:	7992G3UJR2LZ6J4R

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. 1356557 / FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3565 5712 5467 6129

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
135200924483339 14/10/2020 15:02:35

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADOINSCRIÇÃO 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 ALTOCNPJ / CPF
52.852.100/0001-40DATA DA EMISSÃO
14/10/2020

ENDEREÇO

RUA CARLOS KIELANDER 396BAIRRO / DISTRITO
CENTROCEP
15910-000DATA DA ENTRADA/SAÍDA
14/10/2020

MUNICÍPIO

MONTE ALTOFONE / FAX
1632443244UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1356557/1	13/11/2020	670,08						

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	
670,08		120,61	0,00	0,00	670,08		
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	0,00	670,08	

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

MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

ANTIDADE

1,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00001

PESO BRUTO

6,216

PESO LÍQUIDO

6,216

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	
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L: FS20H068 Q: 1.20 0,0000 F: 16/09/20 V: 31/08/2022	30039086	000	5102	AP	1.200,00	0,5584	670,08	670,08	120,61	0,00	18,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
15/10/2020
Manone

DIGITADO
Nº: 115
15/10/2020
Por: [Assinatura]

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
15/10/2020
CONTABILIDADE

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 - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. EIXA: PEDIDO 114966184. DATA ENTREGA: 15/10/2020 Pedido: 1739040 Autorização de Compra (Pedido Cliente): 1739040 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 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 008/2020-1Pago com recurso Federal: 670,08Pago com recurso entidade -

Conferido com o documento original