



TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

N° ATA DE REGISTRO DE PREÇO: 39/20		NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOAQUIM DA BARRA	
N° DO CONTRATO: 113/2021		N° DO EMPENHO: 2021NE02098	
EQUIPAMENTO: CARRO PARA MEDICAMENTOS			
CARIMBO Antônio Luis Soares CPF: 550.823.868-91 Provedor	Endereço: RUA PIRATININGA, 1221		
	Município: SÃO JOAQUIM DA BARRA – SP	CEP: 14.600-000	
Fiscal do contrato Nome: ANTÔNIO LUIS SOARES  Assinatura	RG n°: 5713598 Órgão expedidor: SSP/SP		
CPF: 550.823.868-91			
Cargo/ Função: PROVEDOR			
E-mail: provedoria@gruposantacasa.com.br	Telefone: (16) 3810-4000		
Declaro que: a) Os itens destinados a essa unidade, constantes das Notas Fiscais de Simples Remessa, conforme listadas abaixo, foram instalados em 10/06/2022 , no endereço da unidade, nas condições exigidas pelo contrato n° _____ / _____ e todos se encontram funcionais e atendem ao especificado em edital.			

<p>Notas de Simples Remessa (discriminar os números das notas recebidas)</p>	<p>Notas Fiscais de Venda (Discriminar o número das notas informadas que estão mencionadas nas NF de Simples Remessa)</p> <p>NF 7648 –CIRÚRGICA PARMA LTDA</p>
--	---

Condições de Instalação	
1.1 – Quantidade de equipamentos instalados. <u>10 (DEZ)</u> equipamentos	1.4 – Existe alguma pendência identificada pelo fiscal? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se “sim”, qual(is)?
1.2 – Todos os acessórios ou periféricos estão instalados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se “não”, qual(is) e quais os motivos?	
1.3 – Todos os acessórios ou periféricos estão funcionando? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se “não”, qual(is) e quais os motivos?	
1.5 – Existe solução acordada para a pendência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se “não”, qual(is) e qual(is)?	
1.6 – Todos os manuais e documentos exigidos foram entregues? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Observações:
1.7 – Os treinamentos técnicos foram executados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<u>10/06/2022 São Joaquim da Barra</u> (data e local)	 Assinatura



| Secretaria da Saúde

CIRURGICA PARMA LTDA

RUA DOUTOR PEDRO RANGEL, 577
SÃO JOÃO - 88304-430
ITAJAI - SC Fone/Fax: (43) 3344-5020

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.007.648
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

4222 0410 3685 3400 0129 5500 1000 0076 4810 0099 2465

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

342220084123228 - 28/04/2022 16:46:51

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERC. ADO. REC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

261668676

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

10.368.534/0001-29

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

CNPJ / CPF

46.374.500/0252-60

DATA DA EMISSÃO

28/04/2022

ENDEREÇO

AVENIDA DOUTOR ENEAS CARVALHO DE AGUIAR, 188

BAIRRO / DISTRITO

CERQUEIRA CESAR

CEP

05403-000

DATA DA SAÍDA

28/04/2022

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

SP

FONE / FAX

(11) 3066-8579

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:46:19

FATURA

Num. 001
Venc. 28/05/2022
Valor R\$ 31.000,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31.000,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	(2) Terceiros				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
10	VOLUMES		10	300,000	300,000

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	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
4491	CARRO PARA MEDICAMENTOS	90189099	0102	6102	UN	10,0000	3.100,0000	31.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	PAT = 1602												
	PAT = 1602												
	PAT = 1603												
	PAT = 1604												
	PAT = 1605												
	PAT = 1606												
	PAT = 1607												
	PAT = 1608												
	PAT = 1609												
	PAT = 1610												

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: ENTREGA.SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO JOAQUIM DA BARRARUA PIRATININGA, 1221, CENTRO, CEP. 14600.000, SÃO JOAQUIM DA BARRA SPREGINA NISHIMURA MARCANTE. GERENTE FINANCEIRO. 16 98127.5575FRETE TERCEIROS ARTMED CNPJ. 01.468.855 0001.04. PROCESSO. 2021 54871 NE. 2021 02098. CREDITAR BB AG. 2755.3 C.C. 122392.5. PEDIDO N. 224. Email do Destinatário: lalves@saude.sp.gov.br Inf. fisco: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.NAO APROVEITA CREDITO DE ICMS.VALOR DA PARTILHA PARA UF DO REMETENTE. RS 0,00.VALOR DA PARTILHA PARA UF DE DESTINO. RS 0,00.VALOR FUNDO DE COMBATE A POBREZA DA UF DE DESTINO. RS 0,00

RESERVADO AO FISCO