



SM EMPREENDIMENTOS FARMACEUTICOS LTDA  
 RUA JOSE SEMIAO RODRIGUES AGOSTINHO, 1370 -  
 CENTRO LOGISTICO EMBU  
 06833-300 - Embu das artes - SP  
 (11) 4785-5600

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA



0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA **1**  
 Número  
**000.407.848**  
 SÉRIE 1  
 Folha 1 / 1

CHAVE DE ACESSO  
 3520 0944 0154 7700 0892 5500 1000 4078 4816 1511 8611

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

NAT. DA OPERAÇÃO  
 Remessa em bonificacao. doacao ou brinde

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135200810773564 14/09/2020 19:03:57-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 298167940113

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
 44.015.477/0008-92

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL Município de Sao Bernardo do Campo		CNPJ/CPF 46.523.239/0001-47	DATA DA EMISSÃO 14/09/2020
ENDEREÇO Pc Samuel Sabatini, 50	BAIRRO/DISTRITO Centro	CEP 09750-700	DATA SAÍDA/ENTRADA 14/09/2020
MUNICÍPIO Sao Bernardo do Campo	FONE/FAX	UF SP	HORA DE SAÍDA 19:03:20

FATURA / DUPLICATA

A prazo - Sem pagamento

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 146.785,12	VALOR DO ICMS 26.421,32	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 146.785,12
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 146.785,12

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL Br4 Transportes De Cargas Em Geral Eireli	FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE (CIF)	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF SP	CNPJ/CPF 23.246.316/0001-63
ENDEREÇO Avenida 10, 1126Sala 03	MUNICÍPIO Rio Claro	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 587220280115		
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 54,000	PESO LÍQUIDO 54,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC DO ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
302115	Teste Rapido Covid-19 Cx c- 40 2019nCoV AbTest Colloidal Gold Lote: 20F11-BV90-000001	30021590	600	5910	UN	100,0000	1.467,8512	146.785,12	146.785,12	26.421,32	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,000	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,000	VALOR DO ISSQN 0,000
---------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Entrega endereço Av Senador Vergueiro, 1751 Centro a Sao Bernardo do Campo-SP Almojarifado de medicamentos A-C Sr. Edson Capatiano          Horário: 08:00hs a 11:00hs das 13:30hs a 16:00hs</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p><b>PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>  <b>Termo de recebimento</b>  <b>86 623.1 - Almojarifado de medicamentos e materiais</b>          Atestamos que recebemos e conferimos os          medicamentos e materiais contidos neste presente          documento.          Data do recebimento: <b>15/09/20</b>  <b>Delipe Seure</b>          13342</p>
---	---



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**NOTA DE RECEBIMENTO DE MATERIAL**  
 SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA  
 DEPARTAMENTO DE MATERIAIS E PATRIMÔNIO



SUB.ALMOX. NÚMERO / ANO

**5F 28/2020**

SUB-ALMOXARIFADO RECEBEDOR

SUB-ALMOXARIFADO DE PRODUTOS, MATERIAIS E ACES-SORIOS DE LABORATORIO.

TIPO DE ENTRADA

**ENTRADA**

CÓD. FORNECEDOR  
0

RAZÃO SOCIAL  
**SM EMPREENDIMENTOS FARMAEUTICOS LTDA**

PROCESSO/ANO

NOTA FISCAL SÉRIE DATA COND. PAGAMENTO  
**407848 01 15/09/2020 15FDQ**

FOLHA Nº RUBRICA

PROCESSO Nº PROC.PRODIGI Nº A.F. Nº PEDIDO CONTRATO Nº  
**999.999/9999 999.999/9999 99 999.999/9999**

NOTA EMPENHO  
**999.999**

**MATERIAIS**

ITEM	CÓDIGO	QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO	VALIDADE
1	C 5F-010-02-001-8	4.000	KIT TESTE RAPIDO ELISA ANTI-SARS-COV-2 IGG - SENSI	28/10/2020
ENC. N	UNIDADE KIT	VALOR 146.785,12	BILIDADE - 80% / ESPECIFICIDADE - 98,5%.	LOTE 20200406

VALOR TOTAL DESTA NOTA  
**146.785,12**

UNIDADE REQUISITANTE

ESCLARECIMENTO

TELEFONE/RAMAL

LOCAL PARA ENTREGA

OBSERVAÇÃO

**DOAÇÃO DA FAGRON**

DATA PROCESSAMENTO  
**15/09/2020**

DATA RECEBIMENTO  
**15/09/2020**

RECEBEDOR ALMOX.  
**FELIPE SOUSA**

Nº MATRICULA

NOME DO RECEBEDOR

ELABORADA POR  
**DAVILA**

CONFERENTE

DATA

ASSINATURA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_