



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE

MATERIAL PREVENÇÃO COVID 19

UNIDADE CEDENTE: SES

SANTA CASA DE ALVARES MACHADO

medicamento	Máscara cx.c/ 50
QUANTIDADE	24

Expedido por

Data

Retirado por (nome legível)

RG



COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - CRS
DEPTO. REGIONAL DE SAÚDE PRES. PRUDENTE
CNPJ - 46.374.500/039-67
GSS J. 007
TRANSFERENCE (ACE)

SANTA CASA DE
ÁLVARES MACEDO

Folha 1 / 1
Data Hora : 16/06/2020 11:40
Data Doc : 16/06/2020
Ref: 6/2020

FATURA SIMPLES REVENHA

Processo Ano :

Número do Documento : 28393

Unidade Cessionaria

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁLVARES MACEDO

Unid. 1 / SI PRIMENTOS DRS-M PRUDENTE
Endereço : AVENIDA JOSE SOARES MARCONDES 357
Bairro : VILA OCIDENTAL Município : PRESIDENTE PRUDENTE

UF : SP

Unid. Entrega : 7 / UBS I DE ÁLVARES MACEDO
Endereço : RUA MONSENHOR NAKAMURA 140
Bairro : CENTRO Município :

UF : SP

Código	Nome do Item	Item Comercial	Lote	Unidade	Subst	Di Fab.	Preço Unitário	Quantidade	Preço Total
255497	MASCARA PROTEÇÃO		SACO				0,8589974	1,000	858,99
256432	MASCARA PFF2 N95		UNIT				3,4017733	130	442,23

Total da Folha : 1.301,22 Recebido em : 11/11/2020

Total da Fatura : 1.301,22

Assinatura:

Nome :

RG :

Assinatura do Emissor

Aguardar N.L. para fins de regularização



COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - CRS
DEPTO REGIONAL DE SAÚDE PRES. PRUDENTE
CNPJ 46.374.500/0039-67
GSS 1.007
TRANS. RENOVAÇÃO

Santa Casa de
Alvaro Machado

Folha 1/1
Data Hoi : 17/06/2020
Data Doc : 17/06/2020
Ref: 6/2020

FATURA - IMPOSTO DE RENDIMENTO

Processo Ano :

Número da Doc : 28423

Unid. 1	Unidade Cedente	Unidade Cessionária
Endereço : AVENIDA JOSE SIARES MARCONDES 2357	SUPRIMENTOS - DRS-XI PRUDENTE	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVARES MACHADO
Bairro : VILA OCIDENTAL	Município : PRESIDENTE PRUDENTE	Unid. Entrega : 7 / UBSI DE ALVARES MACHADO
	UF : SP	Endereço : RUA MONSENHOR NAKAMURA 140
		Bairro : CENTRO
		Município :
		UF : SP

Código	Nome do Item	Item Comercial	Lote	Unidade	Subst	De Fab.	Preço Unitário	Quantidade	Preço Total
259913	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL (DOAÇÃO)		UNIT				0,1317578	500	65,87
255819	ÓCULOS DE PROTEÇÃO TRANSPARENTE		UNIT				3,2164258	6	19,29
259732	MASCARA DE PROTEÇÃO GRANDE (FACIAL) - (DOAÇÃO)		UNIT				1,0612943	10	10,61
261534	AVENTAL DESCARTAVEL - TAM G (DOAÇÃO)		UNIT				9,7906794	80	783,25

3104

19/06/20
Assinatura do Emitente

Total da Folha : 879,02
Total da Fatura : 879,02

Recebido em :
Assinatura:
Nome :
RG :

Aguardar N.L. para fins de regularização

HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALVARES MACHADO

DATA DOAÇÃO: 20/06/2020

Rua Monsenhor Nakamura, s/nº - Fone: (18) 3273.1605 / 3273.1916

E-mail: santacasa.alvares.machado@gmail.com

Alvares Machado – SP. CEP: 19.160-000

REMESSA SIMPLES DE DOAÇÃO RECEBIDA

UNIDADE CEDENTE		UNIDADE CESSIONÁRIA	
POPULAÇÃO MACHADENSE		HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALV. MACHADO	
Município: ÁLVARES MACHADO UF: SP		Endereço: MONSENHOR NAKAMURA Nº 580	
		Bairro: CENTRO Município: ÁLVARES MACHADO UF: SP	
Nome do Item	UNIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE
TOTEN DISPENSER ALCOOL GEL PEDAL	UNID		04

Recebido em: / / Assinatura: Adeláa Varanico da Silva
COREN-SP 271.971-1-EM**HOSPITAL E SANTA CASA DE
MISERICORDIA DE ALVARES MACHADO**

CNPJ: 44.882.267/0001-82

Rua Monsenhor Nakamura, nº 580

Alvares Machado - SP - (18) 3273-1916

santacasa.alvares.machado@gmail.com

HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALVARES MACHADO

DATA DOAÇÃO: 25/06/2020

Rua Monsenhor Nakamura, s/nº - Fone: (18) 3273.1605 / 3273.1916

E-mail: santacasa.alvares.machado@gmail.com

Alvares Machado – SP. CEP: 19.160-000

FATURAS SIMPES REMESSA

UNIDADE CEDENTE		UNIDADE CESSIONÁRIA	
Uni. 50 / SUPRIMENTOS – HOSPITAL		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS CARLOS CHAGAS	
Endereço: MONSENHOR NAKAMURA Nº 580		Unid. Entrega: 50	
Bairro: CENTRO Município: ÁLVARES MACHADO UF: SP		Endereço: PERU	
		Bairro: CENTRO Município: ÁLVARES MACHADO UF: SP	
Nome do Item	UNIDADE	QUANTIDADE	
MASCARAS DE PROTEÇÃO (FACIAL) – DOAÇÃO	UNID	50	

Andréa Vercílio da Silva
COREN-SP-207.942-ENF

Assinatura do Emitente

Recebido em: 25/06/20

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Dr. José Carlos G. Nogueira
Farmacêutico I Período
CRF/SP 57.647