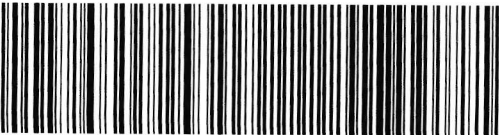


PanVel DIMED S/A DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS F. 183 POA AV INDEPENDENCIA 155, INDEPENDENCIA, PORTO ALEGRE,RS, CEP: 90035-070, FONE/FAX :--		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAIDA																																																																																					
N° 50 SÉRIE 100 FOLHA 1 / 1		CHAVE DE ACESSO 4322 0592 6656 1101 8467 5510 0000 0000 5016 7755 5840 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.																																																																																					
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA - PANVEL		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 143220115200668 30/05/2022 20:51:31																																																																																					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0962981966		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ 92.665.611-0184/67																																																																																			
DESTINATÁRIO/REMETENTE <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="vertical-align: top;"> NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> CNPJ/CPF 15.116.763-0003/31 </td> <td style="vertical-align: top;"> DATA DA EMISSÃO 30/05/2022 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> ENDEREÇO R MATIAS JOSE BINS 581 </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> BAIRRO/DISTRITO TRES FIGUEIRAS </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> CEP 91330-290 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> MUNICÍPIO PORTO ALEGRE </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> FONE/FAX 51-3382-1200 </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> UF RS </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO </td> <td colspan="4" style="vertical-align: top;"> DATA DA ENTRADA/SAÍDA 30/05/2022 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> Fatura/Duplicata </td> <td colspan="4" style="vertical-align: top;"> HORA DA SAÍDA </td> </tr> </table>						NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE			CNPJ/CPF 15.116.763-0003/31		DATA DA EMISSÃO 30/05/2022	ENDEREÇO R MATIAS JOSE BINS 581		BAIRRO/DISTRITO TRES FIGUEIRAS		CEP 91330-290		MUNICÍPIO PORTO ALEGRE		FONE/FAX 51-3382-1200		UF RS		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 30/05/2022				Fatura/Duplicata		HORA DA SAÍDA																																																							
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE			CNPJ/CPF 15.116.763-0003/31		DATA DA EMISSÃO 30/05/2022																																																																																		
ENDEREÇO R MATIAS JOSE BINS 581		BAIRRO/DISTRITO TRES FIGUEIRAS		CEP 91330-290																																																																																			
MUNICÍPIO PORTO ALEGRE		FONE/FAX 51-3382-1200		UF RS																																																																																			
INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 30/05/2022																																																																																					
Fatura/Duplicata		HORA DA SAÍDA																																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>NÚMERO</td> <td>VENCIMENTO</td> <td>VALOR</td> <td>NÚMERO</td> <td>VENCIMENTO</td> <td>VALOR</td> <td>NÚMERO</td> <td>VENCIMENTO</td> <td>VALOR</td> </tr> </table>						NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR																																																																									
NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR																																																																															
CÁLCULO DO IMPOSTO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00</td> <td>VALOR DO ICMS 0,00</td> <td>BASE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00</td> <td>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00</td> <td colspan="2">VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 185,95</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO FRETE 0</td> <td>VALOR DO SEGURO</td> <td>DESCONTO 0,00</td> <td>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS</td> <td>VALOR TOTAL DO IPI</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA 185,95</td> </tr> </table>						BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 185,95		VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA 185,95																																																																						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 185,95																																																																																			
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA 185,95																																																																																		
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> RAZÃO SOCIAL </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> FRETE POR CONTA DE 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0 </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> CÓDIGO ANTT </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> PLACA DO VEÍCULO </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> UF </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> CNPJ/CPF </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> ENDEREÇO </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> MUNICÍPIO </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> UF </td> <td colspan="6" style="vertical-align: top;"> INSCRIÇÃO ESTADUAL </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> QUANTIDADE 1 </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> ESPÉCIE </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> MARCA </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> NÚMERO </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> PESO BRUTO </td> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> PESO LÍQUIDO </td> </tr> </table>						RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA DE 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF		ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL						QUANTIDADE 1		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO																																															
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA DE 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF																																																																													
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL																																																																																	
QUANTIDADE 1		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO																																																																													
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</th> <th>LOTE/QUANT</th> <th>PMC</th> <th>NCM/SH</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UNID</th> <th>QUANT.</th> <th>V. UNIT.</th> <th>VLR.DESC</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th>BC.ICMS</th> <th>VLR.ICMS</th> <th>AliqICM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111948</td> <td>DORFLEX UNO ENXAQUECA 1G 20 CPR</td> <td></td> <td>22,69</td> <td>30049069</td> <td>560</td> <td>5405</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>22,69</td> <td>0,00</td> <td>22,69</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>679950</td> <td>TORAGESIC 10MG 20CP SUBL</td> <td></td> <td>87,85</td> <td>30049062</td> <td>560</td> <td>5405</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>87,85</td> <td>0,00</td> <td>87,85</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>869790</td> <td>PARAC-CODEIN 500/30MG 24CP EMS GEN</td> <td></td> <td>42,55</td> <td>30044940</td> <td>160</td> <td>5405</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>42,55</td> <td>0,00</td> <td>42,55</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>894130</td> <td>ALGINAC 1000 15 CP C</td> <td></td> <td>32,86</td> <td>30049037</td> <td>560</td> <td>5405</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>32,86</td> <td>0,00</td> <td>32,86</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table>													CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	LOTE/QUANT	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNIT.	VLR.DESC	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	AliqICM	111948	DORFLEX UNO ENXAQUECA 1G 20 CPR		22,69	30049069	560	5405	CX	1	22,69	0,00	22,69	0,00	0,00	17	679950	TORAGESIC 10MG 20CP SUBL		87,85	30049062	560	5405	CX	1	87,85	0,00	87,85	0,00	0,00	17	869790	PARAC-CODEIN 500/30MG 24CP EMS GEN		42,55	30044940	160	5405	CX	1	42,55	0,00	42,55	0,00	0,00	17	894130	ALGINAC 1000 15 CP C		32,86	30049037	560	5405	CX	1	32,86	0,00	32,86	0,00	0,00	17
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	LOTE/QUANT	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNIT.	VLR.DESC	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	AliqICM																																																																									
111948	DORFLEX UNO ENXAQUECA 1G 20 CPR		22,69	30049069	560	5405	CX	1	22,69	0,00	22,69	0,00	0,00	17																																																																									
679950	TORAGESIC 10MG 20CP SUBL		87,85	30049062	560	5405	CX	1	87,85	0,00	87,85	0,00	0,00	17																																																																									
869790	PARAC-CODEIN 500/30MG 24CP EMS GEN		42,55	30044940	160	5405	CX	1	42,55	0,00	42,55	0,00	0,00	17																																																																									
894130	ALGINAC 1000 15 CP C		32,86	30049037	560	5405	CX	1	32,86	0,00	32,86	0,00	0,00	17																																																																									
CÁLCULO DO ISSQN <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</td> <td>VALOR DO ISSQN</td> </tr> </table>													INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN																																																																							
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN																																																																																				
DADOS ADICIONAIS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cliente: 7764458. Cliente: 7764458. Pedido: 138877238.. </td> <td style="width:40%;"> RESERVADO AO FISCO </td> </tr> </table>													INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cliente: 7764458. Cliente: 7764458. Pedido: 138877238..	RESERVADO AO FISCO																																																																									
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cliente: 7764458. Cliente: 7764458. Pedido: 138877238..	RESERVADO AO FISCO																																																																																						



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

Rua Prof. Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

Fone: (51)3214.8080 - Fax: (51) 3214.8585 - CPNJ 92.81.000/0001-85

Atendimento: 16039229 (30/05/2022) Setor: HSC-Centro Cirúrgico (OC60)

Paciente: 2209933 - GABRIEL RAUPP PRADO Data nasc.: 09/12/2007

Prescrição:

PARA MANEJO DA DOR:

1- ALGINAC 1000 mg _____ 15 comp
Tomar 1 comprimido, via oral, de manhã e à noite

2- DIPIRONA 1 g _____ 1 caixa
Tomar 1 comprimido, via oral, até 6/6h, se dor

3- TORAGESIC 10 mg _____ 1 caixa
Usar 1 comprimido, sublingual, até 6/6h, se dor persistente

4- TYLEX ou SIMILAR 500+30mg _____ 1 caixa
Tomar 1 comprimido de 6/6 horas se dor forte

Rafaela M. Rolim
MÉDICA
CRM-RS 44413

Dra. Rafaela de Mattos Rolim (CRM 44413)

mpresso em: 30/05/2022 14:38:19

A03095225

CATE00620