

COMERCIO DE MEDICAMENTOS BRAIR LTDA
CNPJ-08212113108644 IE-1410113881
R TRISTAO MONTEIRO,1461
CENTRO,TAQUARA-RS,95600066, Fone: 5130801954

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

Cod	Descricao	Qtde	UN	Ulrunit	UlrTotal
993858	NIMESULIDA 100MG 12CP GEN EMS	1.0000	UN	20,31	20,31
desconto sobre o item					-6,41
10105899	CEFALEXINA 500MG 10CP GEN TEU	3.0000	UN	29,58	88,74
QTD. TOTAL DE ITENS					004
DESCONTO					6,41
TOTAL R\$					102,64
FORMA DE PAGAMENTO					Valor Pago
Cartao de debito					102,64

Consulte pela Chave de Acesso em:
<https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>

CHAVE DE ACESSO

4323 1188 2121 1310 8644 6500 1000 1450 1012 1029 4959

CONSUMIDOR

Numero:145010 Serie:1 Emissao:09/11/2023 22:30:23
Protocolo de Autorizacao:143231842801048 09/11/2023 21:30:24
CONSUMIDOR CNPJ: 15.116.763/0003-31
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
MATIAS JOSE BINS, 581 TRES FIGUEIRAS PORTO ALEGRE-RS



Informação dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741 /2012) 13,81

VOCE ECONOMIZOU NESTA COMPRA R\$ 6,41 PROIBIDA DEV. MED. CONTROLA DOS CFME PORT.344/98 FARMACIA SAO JOAO ELO CIELO ELO DEBITO 6504 88*****4204 1a VIA-CLIENTE AUT=142683 DOC=090218 09/11/23 21:30 ONL-C VENDA A DEBITO VALOR: 102,64 Sitef from Fiserv Adicional de aliquota do AMPARA/RS, criado pela Lei n 14.742/15 e o corres pondente debito do imposto. R\$ 0.00.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2º VIA - PACIENTE

DADOS DO EMITENTE

NOME COMPLETO: UNIMED ES PA SEDE - TAQUARA
ENDEREÇO: FEDERACAO BAIRRO: CENTRO Nº: 2793
TELEFONE: 51- 35410801

DADOS DO PACIENTE

NOME: PEDRO HENRIQUE RODRIGUES FERREIRA TRINDADE
ENDEREÇO: RUA FERNANDO ANTONIO CARLIN Nº 144 COMPL:
BAIRRO: SANTO ANTONIO CIDADE: CAXIAS DO SUL CEP: 95059265

MEDICAMENTOS

DATA DE EMISSÃO: 09/11/2023

USO ORAL:

1) CEFALEXINA 500MG 28 CP
TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

2) NIMESULIDA 100MG 10CP
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 3 A 5 DIAS

Talles Felipe B. Andrade
CREMERS 50490

Médico: TALLE FELIPE BATISTA
ANDRADE
CRM: 50490

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
IDENT: _____ ÓRG. EMISSOR: _____
END: _____
CIDADE: _____ UF: _____
FONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSISNATURA FARMACÉUTICO _____

DATA ____/____/____