

RECEBEMOS DE FARMACIA ALTERNATIVA LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 25/09/2020 VALOR TOTAL: R\$ 206,00 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA D'OESTE - AVENIDA MANOEL RIBAS, 620 CENTRO ITAPEJARA D'OESTE-PR

**NF-e**  
**Nº. 000.819.803**  
**Série 001**

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**FARMACIA ALTERNATIVA LTDA**

R. IBIPORA, 578, 578  
CENTRO - 85501-280  
PATO BRANCO - PR Fone/Fax: 4632244748

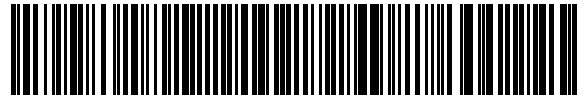
**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

**Nº. 000.819.803**  
**Série 001**  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

**4120 0978 1835 1400 0117 5500 1000 8198 0311 6396 4601**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

**141200181715136 - 25/09/2020 14:55:03**

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA NO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**3160229607**

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

**78.183.514/0001-17**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA D'OESTE**

CNPJ / CPF

**76.995.430/0001-52**

DATA DA EMISSÃO

**25/09/2020**

ENDEREÇO

**AVENIDA MANOEL RIBAS, 620**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

**85580-000**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

**25/09/2020**

MUNICÍPIO

**ITAPEJARA D'OESTE**

UF

**PR**

FONE / FAX

**04635268300**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

**00:00:00**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>206,00</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>206,00</b>

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

**(9) Sem Frete**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

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	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
911-982006	SOLUCAO ORAL DE SULFADIAZINA 150 ML	30049099	0500	5102	un	1,0000	68,0000	68,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
911-982006	SOLUCAO ORAL DE PIRIMETAMINA 75 ML	30049099	0500	5102	un	1,0000	90,0000	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
911-982006	SOLUCAO ORAL DE ACIDO FOLINICO 60 ML	30049099	0500	5102	un	1,0000	48,0000	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Val Aprox Tributos R\$55,11(26,75%) Fonte:IBPT Email do Destinatário: cleversonjuliani@hotmail.com

RESERVADO AO FISCO