

|                                                                                                                 |                                         |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| RECEBEMOS DE MEDICAL CENTER DIST DE MEDICAMENTOS LTDA<br>OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                         | NF-e<br>Nº. 15845<br>SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                             | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                              |



Identificação do Emitente  
MEDICAL CENTER DIST DE MEDICAMENTOS LTDA  
RUA ERNESTO MARIANO DE LIMA - 231 -  
MANOELA VALADARES - AFOGADOS DA  
INGAZEIRA - PE - 56800000

Telefone: 8738382262

Fax:

E-mail: medicalcenterafogadosdaingazeira@gmail.com

**DANF-e**  
Documento Auxiliar de Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº. 15845  
SÉRIE 1

FL 1 of 1



CHAVE DE ACESSO

2625 0823 7960 3300 0157 5500 1000 0158 4513 7165 1571

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

|                                                                                   |                                 |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DE OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIAS SUJEITA AO REGIME DE S.T.-SUBSTITUTO |                                 | Protocolo de Autorização (Data e Hora)<br>126250085888252<br>19/08/2025 12:39:39 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>0654123-20                                                  | INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ<br>23706033000157                                                           |

|                                                                                   |                              |                                |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE<br>NOME/RAZÃO SOCIAL<br>HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE |                              | CNPJ/CPF<br>09.577.422/0002-80 | DATA DA EMISSÃO<br>19/08/2025       |
| ENDEREÇO<br>R DO HOSPICIO, ANDAR PRIMEIRO 563                                     | BAIRRO/DISTRITO<br>BOA VISTA | CEP<br>50050-050               | DATA DA ENTRADA/SAÍDA<br>19/08/2025 |
| MUNICÍPIO<br>RECIFE                                                               | FONE / FAX<br>(81)2123-4885  | UF<br>PE                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL                  |
|                                                                                   |                              | HORA DE SAÍDA<br>12:39         |                                     |

|         |                   |                   |
|---------|-------------------|-------------------|
| FATURA  |                   |                   |
| Nº<br>1 | Venc.<br>19/09/25 | Valor<br>3.480,00 |

|                                     |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO                  |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>3.270,00 | VALOR DO ICMS<br>670,35 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>3.480,00 |                                 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | VALOR DO DESCONTO<br>0,00          | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>3.480,00 |

|                                     |                                  |             |                    |                      |                        |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS |                                  |             |                    |                      |                        |
| RAZÃO SOCIAL                        | FRETE POR CONTA<br>9 - Sem Frete | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF<br>PE             | CNPJ/CPF               |
| LOGRADOURO                          | MUNICÍPIO                        | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                      |                        |
| QUANTIDADE<br>1                     | ESPÉCIE                          | MARCA       | NUMERAÇÃO<br>1     | PESO BRUTO<br>190,00 | PESO LÍQUIDO<br>190,00 |

| Código           | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                 | NCM/SH   | CST | CFOP | UND | QTD  | V. UN. | V. TOTAL | BC ICMS  | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|------|--------|----------|----------|---------|--------|------------|-----------|
| 1849             | ACIDO VALPROICO 250MG C1* CAP (C1)<br>N.LT. 40507407 DATA FAB.: 11/07/2024 DATA VAL.: 30/07/2026<br>Cod. Registro Médico: 1097400460023 Marca: BIOLAB Principio Ativo:<br>ACIDO VALPROICO PERC.PARC.FCI: 0 - N. FCI:<br>2C66066B-62D1-4188-9137-6C5CA3C9D721 | 30049029 | 010 | 5403 | UN  | 100  | 0,38   | 38,00    | 38,00    | 7,79    | 0,00   | 20,50      | 0,00      |
| 4223             | FENTANILA 50MCG/ML 2ML A1* AMP (A1)<br>N.LT. 404725M DATA FAB.: 23/04/2025 DATA VAL.: 30/03/2027<br>Cod. Registro Médico: 1134301510020 Marca: HIPOLABOR Principio<br>Ativo: FENTANILA PERC.PARC.FCI: 0 - N. FCI:<br>9CC29331-A7A4-4AC8-868C-E20436326D06    | 30049069 | 010 | 5403 | UN  | 100  | 3,00   | 300,00   | 300,00   | 61,50   | 0,00   | 20,50      | 0,00      |
| 5020             | ETOMIDATO 2MG/ML 10ML C1* AMP (C1)<br>N.LT. 50025179 DATA FAB.: 26/02/2025 DATA VAL.: 28/02/2027<br>Cod. Registro Médico: 1029802620020 Marca: CRISTALIA Principio<br>Ativo: ETOMIDATO                                                                       | 30049069 | 010 | 5403 | UN  | 100  | 14,63  | 2.932,00 | 2.932,00 | 601,06  | 0,00   | 20,50      | 0,00      |
| 13778            | QUETIAPINA 25MG C1* CPR<br>N.LT. 2507093 DATA FAB.: 15/05/2025 DATA VAL.: 30/05/2027 Cod.<br>Registro Médico: 1542302040067 Marca: GEOLAB                                                                                                                    | 30049079 | 040 | 5403 | UN  | 1500 | 0,14   | 210,00   | 0,00     | 0,00    | 0,00   | 0,00       | 0,00      |
| FIM DOS PRODUTOS |                                                                                                                                                                                                                                                              |          |     |      |     |      |        |          |          |         |        |            |           |

|                     |                          |                          |                |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN    |                          |                          |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DE ISSQN | VALOR DO ISSQN |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PEDIDO: 1027855<br>HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE. EMPENHO Nº 2025NE2860. P.E Nº 90044/2024. ENT.: RUA DO HOSPICIO, 563, BOA VISTA, RECIFE - PE.<br>PRODUTOS ISENTOS DE ICMS CONFORME CONVENIO 87/02 | RESERVADO AO FISCO<br>Sd Ep B...<br>CPF: 708.845.054-50<br>Aux. Far / HMAR<br>21/08/25 |

Certifico que o material (serviço),  
constante da presente fatura foi  
recebido (prestado).

Recife, PE 07 / 10 / 25

RENÉ Monteiro Araújo  
2º Ten. Farmacêutico  
OAB RJ 8446  
Id.: 071.260.74 - RJ

Certifico que o material (serviço),  
constante da presente fatura foi  
recebido (prestado).

Recife, PE 07 / 10 / 25

Luciana Fernandes SULLANO  
Maj. Farm.  
Idt. 019468533-5 - CRF/RJ: 8443

AUTORIZO PAGAMENTO  
08/OUT 2025

ANDRÉA GUIMARÃES GURGEL - Cel  
Ordenadora de Despesas do HMAR