

RECEBEMOS DE HOSPITALMED EIRELI		NF-e
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº. 7128
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE 1

**Identificação do Emitente**  
**HOSPITALMED EIRELI**  
 RUA SENADOR PAULO GUERRA - 215 -  
 CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE -  
 56800000  
 Telefone: 8796406437  
 Fax:  
 E-mail: hospitalmed@outlook.com

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

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

Nº. 7128  
 SÉRIE 1

FL 1 of 1



CHAVE DE ACESSO  
 2623 0929 8680 5900 0188 5500 1000 0071 2811 7488 2260

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
 VENDA DE MERCADORIAS SUJEITA AO REGIME DE S.T.-SUBSTITUTO

Protocolo de Autorização(Data e Hora)  
 126230079716565 08/09/2023 15:57:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 761928-65

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ  
 29868059000188

**ESTINATÁRIO/REMETENTE**

OME/RAZÃO SOCIAL  
 14. BATALHAO LOGISTICO

CNPJ/CPF  
 09.593.838/0002-91

DATA DA EMISSÃO  
 08/09/2023

ENDEREÇO  
 R SAO MIGUEL 898

BAIRRO/DISTRITO  
 AFOGADOS

CEP  
 50850-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA  
 08/09/2023

MUNICÍPIO  
 RECIFE

FONE / FAX  
 (81)34283706

UF  
 PE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
 15:57

**DATA**

Venc. 08/10/23 Valor 650,40

**ÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
650,40	117,07	0,00	0,00	650,40
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				650,40

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
 9 - Sem Frete

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF  
 PE

CNPJ/CPF

MODALIDADE

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO  
 1

PESO BRUTO  
 188,00

PESO LÍQUIDO  
 188,00

**FORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

OME/RAZÃO SOCIAL

CNPJ/CPF  
 09.593.838/0002-91

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO  
 SAO MIGUEL 898

BAIRRO/DISTRITO  
 AFOGADOS

CEP  
 50850000

MUNICÍPIO  
 RECIFE

UF  
 PE

FONE / FAX

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

QTD	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1000	30039099	010	5403	UN	1000	0,20	200,00	200,00	36,00	0,00	18,00	0,00
800	30039099	010	5403	UN	800	0,20	160,00	160,00	28,80	0,00	18,00	0,00
80	30042069	010	5403	UN	80	3,63	290,40	290,40	52,27	0,00	18,00	0,00
<b>FIM DOS PRODUTOS</b>												

*N OPT  
 NP 107  
 NS 308  
 PA 57  
 18/10/23*

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 DO: 8004460  
 INHO Nº 2023NE66 - ENT.: RUA SAO MIGUEL, 898, AFOGADOS, RECIFE - PE

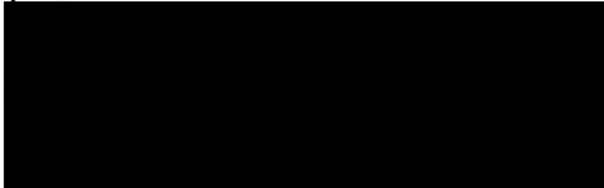
RESERVADO AO FISCO

**ENTRADA NO DEPÓSITO**



**RECEBIMENTO**

Declaro que recebi os materiais referentes a esta NF e NE, **SEM ALTERAÇÃO** qualitativa e quantitativa. Ainda declaro que as características dos materiais estão conforme exigências editalícias.



**SISCOFIS**

**ENTRADA NO DEPÓSITO**  
Formação sanitária (X)

Lançado em 03/30/23



**CMT CIA LOG SAU**

Atesto que examinei as documentações relativas a esta despesa realizada e por estarem de acordo, encaminho para liquidação.



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**



RECEBEMOS DE HOSPITALMED EIRELI  
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e  
Nº. 7195  
SÉRIE 1

VIA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



Identificação do Emitente  
HOSPITALMED EIRELI  
RUA SENADOR PAULO GUERRA - 215 -  
CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE -  
56800000

Telefone: 8796406437  
Fax:  
E-mail: hospitalmed@outlook.com

DANF-e

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº. 7195

SÉRIE 1

FL 1 of 1



CHAVE DE ACESSO

2623 0929 8680 5900 0188 5500 1000 0071 9512 3222 6512

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIAS SUJEITA AO REGIME DE S.T.-SUBSTITUTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0761928-65

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ

29868059000188

Protocolo de Autorização(Data e Hora)

126230085699618

28/09/2023 13:03:57

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

14. BATALHAO LOGISTICO

CPF/CNPJ

09.593.838/0002-91

DATA DA EMISSÃO

28/09/2023

LOGRADOURO

R SAO MIGUEL

NÚMERO

898

COMPLEMENTO

BARRIO/DISTRITO

AFOGADOS

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

28/09/2023

CEP

50850-000

MUNICÍPIO

RECIFE

Telefone/Fax

(81)34283706

UF

PE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

13:03

FATURA

DADOS BANCARIOS / PIX - 29868059000188

Nº Venc. Valor  
1 28/10/23 128,00

237 - BRADESCO

001 - BANCO DO BRASIL

AGENCIA: 2542-9 CONTA CORRENTE: 22250-1 AGENCIA: 0570-3 CONTA CORRENTE: 26240-4

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
128,00	23,04	0,00	0,00	128,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	63,89	0,00	0,00	128,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CPF/CNPJ
	9 - Sem Frete			PE	
LOGRADOURO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1			1	80,00	80,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTD	V. UN.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
10729	SIMETICONA 40MG CPR N.LT. 3P3406 DATA FAB.: 29/05/2023 DATA VAL.: 29/05/2025 Cód. Registro Médico: ISENT0 Marca: MULTILAB	CX C/20 30049099	010	5403	UN	800	0,1800	128,00	128,00	23,04	0,00	18,00	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

PEDIDO:8004718

EMPENHO Nº 2023NE66 - ENT.: RUA SAO MIGUEL, 898, AFOGADOS, RECIFE - PE,

RESERVADO AO FISCO

**ENTRADA NO DEPÓSITO**



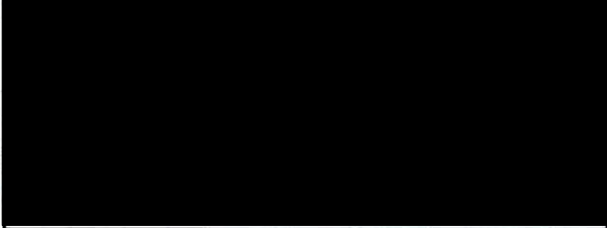
**RECEBIMENTO**

Declaro que recebi os materiais referentes a esta NF e NE, **SEM ALTERAÇÃO** qualitativa e quantitativa. Ainda declaro que as características dos materiais estão conforme exigências editalícias.




**SISCOFIS**

**ENTRADA NO DEPÓSITO**  
Formação sanitária (X)



**CMT CIA LOG SAU**

Atesto que examinei as documentações relativas a esta despesa realizada e por estarem de acordo, encaminho para liquidação.



**AUTORIZAÇÃO DE  
PAGAMENTO**

