

Escritório de Advocacia

Dra. Edilaine Deon e Silva

PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, brasileira, solteira, aposentada, inscrito(a) no CPF: 515.353.352-20, e no RG: 180.244 SSP/RR, residente na Rua Professor Hécio Carlos, 546, CEP:69316-582, Boa Vista/RR, por sua representante legal **ANA PAULA SOUSA DA SILVA**, brasileira, solteira, servidora pública, inscrita no CPF: 002.117.832-18, RG: 309749-8, residente na Rua Professor Hécio Carlos, 546, CEP:69316-582, Boa Vista/RR .

OUTORGADO: EDILAINE DEON E SILVA, brasileira, solteira, Advogada OAB/RR nº682 com escritório nesta capital à rua Prof. Diomedes, nº 103, bairro Centro.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de mandato, constituo a patrona acima qualificado e, concedendo-lhe, poderes para o foro em geral com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, podendo agir em qualquer juízo, instância ou Tribunal, bem como perante às repartições públicas federais, em especial o INSS, estaduais, em especial o IPER e municipais, tendo poderes para propor contra quem de direito as ações competentes e defender o(s) outorgante(s) nas demandas em que for(em) réu(s), seguindo-as até final decisão, interpondo os recursos legais.

PODERES ESPECÍFICOS: De igual modo, concedo ao advogado (a) constituído, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, **receber, dar quitação, levantar e sacar alvarás, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, retirar autos de cartórios judiciais e de repartições públicas, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em conformidade com o artigo 105 do Novo Código de Processo Civil (NCPC).

.Boa Vista/ RR,3 de julho de 2020

Ana Paula Sousa da Silva
ANA PAULA SOUSA DA SILVA
Outorgante

Site: www.edilainedeon.com.br

Rua Prof. Diomedes S. Maior, nº103 - Centro
CEP: 69.301-260 – Boa Vista/RR
Fone: (95) 3086-2518 / 9132-6800 *Whatsapp*
Email: Edilaine_escritorio682@outlook.com

Av. Nações Unidas, nº 1610 - Roque
CEP: 76.804436 – Porto Velho/RO
Fone: (69) 99291-3624 *whatsapp*
Email: Edilaine_escritorio682@outlook.com

JUDI - Processo: 0814989-39.2017.8.23.0010 - Ref. mov. 39.1 - Assinado digitalmente por Helen Jeanny Falcao Goncalves
3,
1/2017: EXPEDIÇÃO DE TERMO DE CURADOR. Arq: termo de curatela provisório



TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: **0814989-39.2017.8.23.0010**
Ação: **CURATELA/INTERDIÇÃO**
Requerente: Ana Paula Sousa da Silva
Interditado(a): Raimunda Sousa da Silva

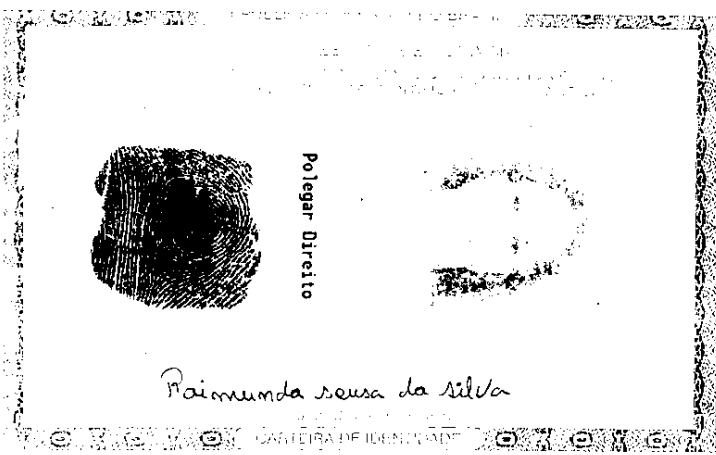
Aos **04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete**, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1ª Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM **LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET**, Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr^a. **Ana Paula Sousa da Silva**, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada **Curadora de Raimunda Sousa da Silva**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investido **na Curatela Provisória** da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local *apropriado*. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme **decisão** exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu *Jocilene de Sousa Silva* (Técnica Judiciária) o digitei e *Liduína Ricarte Beserra Amâncio* (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula Sousa da Silva
Ana Paula Sousa da Silva
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)
Luiz Fernando Castanheira Mallet
Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5TN L22MS B9FUG KZM8U

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5G8 693PJ SF4FA XHRGB



N.DISTR. 080/02977/070

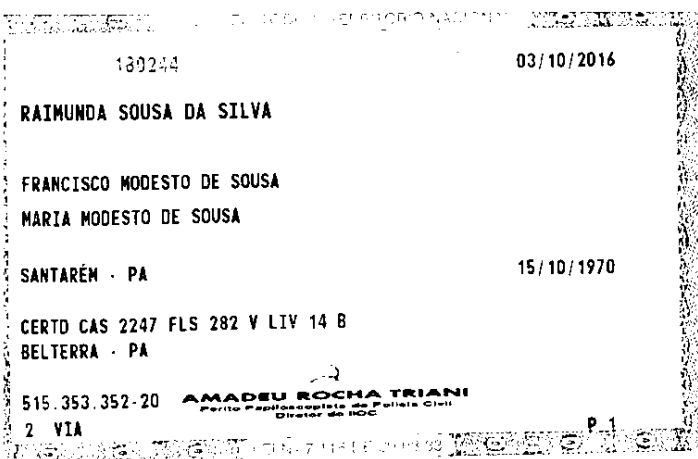
FICHA CADASTRAL

CPF: 515353352-20
Nome: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA
Nascimento: 15/10/70
Nome da Mãe: MARIA MODESTO DE SOUSA

Endereço:

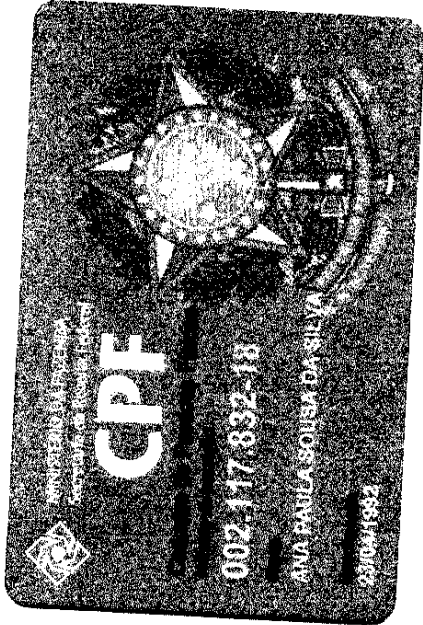
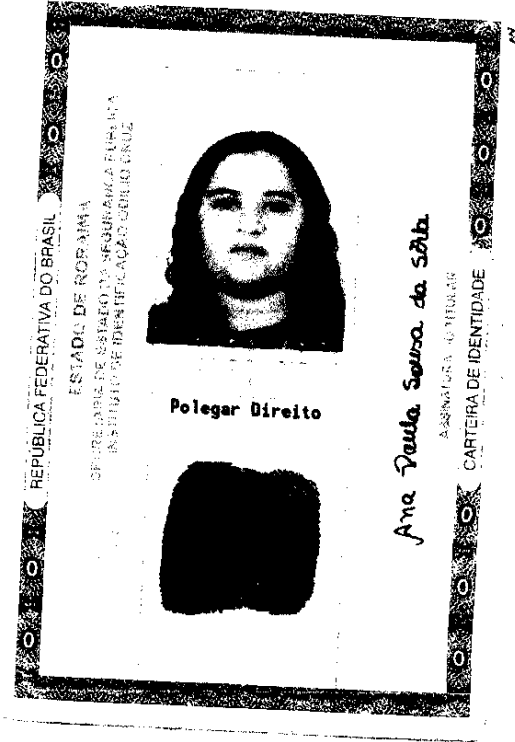
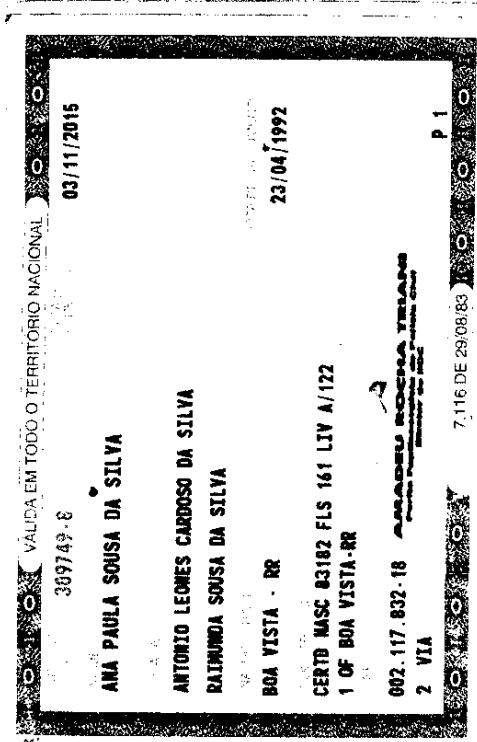
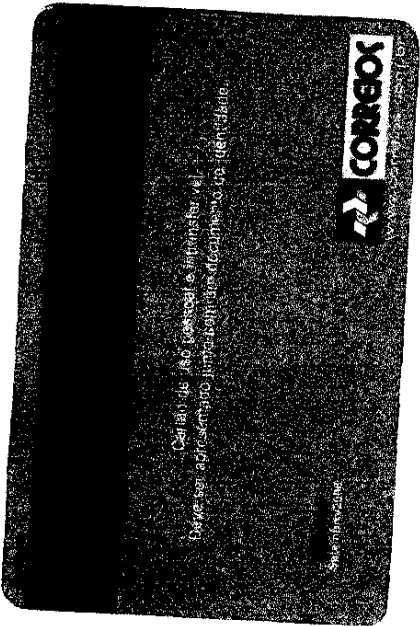
RUA S 6, 315 - PINTOLANDIA I
69300-000 BOA VISTA - RR

ATENÇÃO : Para maior proteção do seu cartão, dobre



Confira cuidadosamente seus dados cadastrais.
Mantenha seu endereço sempre atualizado.
Para qualquer alteração, compareça a uma
Agência de Correio munido deste Cartão, de
sua identidade e Título Eleitoral.
Isto não lhe trará qualquer despesa adicional.

Secretaria da Receita Federal





CERTIDÃO

Liduina Ricarte Beserra Amâncio,
Diretora de Secretaria da 1ª Vara de
Família no uso das suas atribuições,

Certifica, a pedido da Sra. **Ana Paula Sousa da Silva** portadora do RG Nº 309749-8 SSP/RR e CPF Nº 002.117.832-18, para os devidos fins de comprovação, que tramita perante 1ª Vara de Família, **Processo nº0814989-39.2017.823.0010**, Ação de Interdição, tendo como partes: Requerente- **Ana paula Sousa da Silva** e Requerido- **Raimunda Sousa da Silva**, deferida curatela provisória, nomeada curadora Sra. **Ana Paula Sousa da Silva**. Aos vinte dias do mês de junho do ano de dois mil e dezoito. Comarca de Boa Vista-RR. Do que para constar, lavro o presente termo. Dou fé.


Liduina Ricarte Beserra Amâncio
Diretora de secretaria



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL 180244	DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2016
		NOME RAIMUNDA SOUSA DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 15/10/1970
		FILIAÇÃO FRANCISCO MODESTO DE SOUSA	
		NATURALIDADE MARIA MODESTO DE SOUSA	
		SANTARÉM - PA	
		DOC. ORIGEM CERTD CAS 2247 FLS 282 V LIV 14 B	
		BELTERRA - PA	
		515.353.352-20	
		AMADEU ROCHA TRIANI Perito Patrocinado de Polícia Civil	
		2 VIA	



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE AUTENTICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

ASSINATURA DO TITULAR
Ana Paula Sousa da Silva
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

REGISTRO GERAL 309749-8
NOME ANA PAULA SOUSA DA SILVA
FILIAÇÃO ANTONIO LEONES CARDOSO DA SILVA
RATUNDA SOUSA DA SILVA
NATURALIDADE BOA VISTA - RR
DOC. ORIGIN CERTO NASC 83182 FLS 161 LIV A/122
1 OF BOA VISTA-RR
CPF 002.117.832-18
2 VIA
DATA DE NASCIMENTO 23/04/1992
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 03/11/2015
DATA DE EXPEDIÇÃO
AMADEU ROCHA TRIANI
DELEGADO DO REG
7.116 DE 29/08/83

DANIEL AQUINO
53.723
537235b0d139a8-820
AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado.
Em testemunho da verdade. BPO
Boa Vista-RR, 09 de outubro de 2018.
Consulte o (o) selo(s) abaixo em: portal.segseg.com.br
RECPIR166296TAGICB100SW8YN56 /
Emolumentos R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Escritório Autorizado

CAER
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RIOABAI

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 550566 Junho/2018

CPF: 05.336.467/0001-18
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 34.095.114-6
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-010

Ciente:
ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Endereço do Imóvel:
RUA PROF HELCIO CARLOS, 546 - SENADOR HE
LIO CAMPOS BOA VISTA RR 69300-000

Inscrição: 001.026.365.0194.000
Rota: 19
Seq. Rota: 4976
Economias: 1
RESIDENCIAL

Hidrometro: 00153794
Data de Instalação: 18/03/2014
Situação Água: LIGADO
Situação Esgoto: LIGADO

	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	90	100	10	32
LEITURA INF.				
DT. LEITURA	03/05/2018	04/06/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO (m3)
201805	10-17
201804	10-17
201803	10-17
201802	10-17
201801	10-17
201712	10-17
MEDIA	10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.

AMOSTRA	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIENS	168	168	168	168	168
ANALISANDOS	177	177	177	177	177
CONFORMES	169	177	177	177	177

DESCRICAÇÃO

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06

VENCIMENTO: 15/07/2018
TOTAL A PAGAR: 42,89

IMPRESSO EM: 04/06/2018 11:57:13

Via do Cliente



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
550566	06/2018	15/07/2018	42,89

82640000000- 4 42890004001- 8 00055056601- 2 06201870003- 9



Via da CAER



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

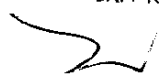
Hospital Geral de Roraima

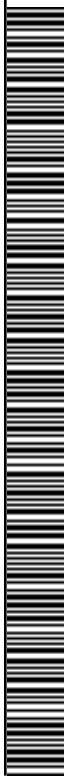
RELATÓRIO MÉDICO

RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, 46 anos, internada no HGR/ UTI 1 desde 02/02/2017, politraumatizada (TCE, face e pulmonar), submetida a craniectomia descompressiva, e no momento com ventilação mecânica, sedo analgesia com grau de dependência total para as atividades do cotidiano e sem previsão de alta hospitalar.

Boa Vista-RR, 8 de fevereiro de 2017.

Mauro Shosuka Asato
CRM-RR 389


MAURO SHOSUKA ASATO
CRM-RR 389



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, 46 anos, internada no dia 02/02/2017 devido a acidente de trânsito com politrauma (TCE, trauma de face e contusão pulmonar), realizou craniectomia descompressiva, recebeu suporte intensivo evoluindo com estabilidade hemodinâmica. Está atualmente em enfermaria, em uso de gastrostomia e traqueostomia, sem função cognitiva ou interação com examinador. Sem previsão de alta no momento.

Paciente necessita de ajuda para funções básicas como higiene, alimentação e locomoção, sendo necessário o uso cadeira de rodas e cadeira para banho para melhor locomoção e higiene.

CID 10 - T90.5

Boa Vista, 30 de Abril de 2017.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, DN: 15/10/1970, 46 anos, internada no dia 02/02/2017 devido a acidente de trânsito com politrauma (TCE, trauma de face e contusão pulmonar). Está atualmente com sequela de TCE em uso de gastrostomia, sem função cognitiva ou interação com o meio.

Devido ao quadro atual a paciente necessita de ajuda para funções básicas como higiene, alimentação e locomoção, sendo melhor o uso de cama hospitalar com barra de apoio lateral para melhor segurança em domicílio.

CID 10 - T90.5

Boa Vista, 22 de Junho de 2017.

Dra. Márcia Braga
Médica
CRM-RR 1634

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

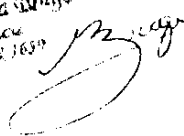
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, DN: 15/10/1970, 46 anos, internada no HGR de 02/02/17 a 28/06/17 devido a acidente de trânsito com politrauma (TCE, trauma de face e contusão pulmonar). Está atualmente com sequela de TCE em uso de GTT, sem função cognitiva ou interação com o meio.

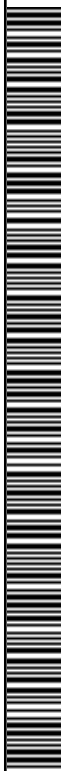
Devido ao quadro atual a paciente faz uso de alimentação por gastrostomia, sem prognostico para evoluir para dieta via oral, devendo receber aporte nutricional em domicílio com dieta enteral adequada, aproximadamente 1800kcal/dia, com restrição de sal por HAS.

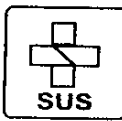
CID 10 - T90.5

Boa Vista, 28 de Junho de 2017.

Dra. Márcia Braga
Médica
CRM 48.1639


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615



	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA	
RECEITUÁRIO		0054080
RAIMUNDA SOUZA de silva		
13/11/1450 Via Gustavina		
(1) Captopril 25mg	Entrega: <i>FALCAO</i>	90cp
Tomar 01 cp 8/8h	Data: 19/09/17	Hora:
(2) Propranolol 40mg	13/11/17	30cp
Tomar 01 cp 1x ao dia		
(3) Bisoprolol 10mg	Entrega: <i>W</i>	290cp
Tomar 02 cp 6/8h	Data: 19/09/17	Hora: 1x
DATA 19/09/17		
Dr. Gilvan Magalhães Médico CRM-RR 1899		
Assinatura e Carimbo do Médico		



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
Sayonara Maria Pontes Figueira
Av. Raimundo Costa Junior, nº 2230
São Carlos - SP

SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Recomendação: Siga de selo.

Uma caixa

(1) Cartepil 25mg _____ 50 comp.

01 caixa de 5186.

(2) Paracetamol 40mg _____ 50 comp.

01 caixa de 1105.

Zinco Splice

(3) Mefenâmico _____ 03 tabletes

aplicar nos dentes. 12 anos de idade.

DATA 03/04/18

Assinatura e Carimbo do Médico



LAUDO NUTRICIONAL

Paciente: Raimunda Sousa da Silva

HD: Paciente com sequela de TCE grave com alimentação via gastrostomia, pte necessitando de 1800 Kcal/dia.

Necessitando de dieta normoproteica e normocalórica.

Conduta Nutricional:

- 1) Dieta nutricionalmente completa com fibras, normocalórica e normoprotéica. Quantidade mensal de 45 litros.
- 2) Frascos para Nutrição enteral com capacidade de 300 ml. Quantidade mensal de 150 unidades.
- 3) Equipo para Nutrição enteral para macrogotas. Quantidade mensal de 150 unidades.

Boa Vista-RR, 18 de abril de 2018.


Márcia Andrea de Brito Pimentel
Nutricionista
CRN7/2008





ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

SESAU/CGUE/CAUTELA Nº 188/2018

TERMO DE DOAÇÃO

Entregamos sob responsabilidade de **ANTONIO MARCOS SOUSA DA SILVA**, CPF nº **970.370.362-34**, residente na Rua Renato Marques Júnior, Nº 1689 Bairro: Santa Luzia, Telefone **99114-2948**, a quantidade de medicamentos de Nutrição Enteral descritos abaixo para atender a paciente, **RAIMUNDA SOUSA DA SILVA** conforme receita médica anexa

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QUANTIDADE
01	ISOSOURCE SOYA FIBER	LITROS	30
02	FRASCO PARA DIETA ENTERAL 300ML	UND	30
03	EQUIPO PARA DIETA ENTERAL	UND	30

Boa Vista - RR, 08 de Março de 2018

Autorizado por:

LUCIANO HENRIQUE ALVES BALMANETE
ASSISTENTE DE COORDENAÇÃO EM SAÚDE
SESAU/CGUE

Recebido por:

ANTONIO MARCOS SOUSA DA SILVA

CPF Nº 970.370.362-34

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Madri, nº 180, bairro Aeroporto - CEP 69.310-043 - Boa Vista - RR
Tel/Fax: (0xx95) 2121-0583/2121-0579, - e-mail: saude@saude.rr.gov.br

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
Sayonara Maria Dantas Licarião Matos

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Raimunda Sousa da Silva, nascida em 15/10/1970, encontra-se acamada em domicílio devido a acidente ocorrido em 02/02/2017, que lhe causou politrauma (TCE, trauma de face e contusão pulmonar). A paciente esta em domicilio desde 28/06/2017 e está atualmente com sequela de TCE grave e em uso de GTT, sem função cognitiva ou interação com o meio.

Devido ao quadro atual a paciente faz uso de alimentação por gastrostomia, sem prognóstico de evoluir para a dieta oral, devendo receber aporte nutricional em domicilio com dieta enteral adequada, aproximadamente 1800kcal/dia.

A paciente precisa de acompanhante para as suas funções básicas como a alimentação, higiene e locomoção. Faz uso de fraldas e de medicação diária como Baclofeno, Captopril, Fenitoina e Cloridrato de Propranolol.

Atualmente a filha Ana Paula Sousa da Silva se apresenta como a principal cuidadora da paciente.

CID 10 – T90.5

Boa Vista, 03 de julho de 2018.

Dr.^a Josidene Marques
Médica
CRM-RR 1960

Av. Raimundo Rodrigues Coelho, 2280
Senador Hélio Campos



Data de Início do Pagamento (DIP): 20/04/2017 MF

[illegible]

Data Cálculo: 29/04/2017 Origem: Concessão. Validade Início: 16/05/2017 Fim: 30/06/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 343,56
118	COMPLEMENTO DE ACOMPANHANTE	R\$ 85,89
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,11
203	CONSIGNACAO	R\$ 343,56
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,11
905	CONSIG. CREDITO PAGO BENEFICIO ANTERIOR	R\$ 343,56

Data Cálculo: 06/05/2017 Origem: Geração de créditos mensais. Validade Início: 26/05/2017 Fim: 31/07/2017

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,86
-----	--	----------

Data Cálculo: 10/06/2017 Origem: Geração de créditos mensais. Validade Início: 26/06/2017 Fim: 31/08/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 937,00
118	COMPLEMENTO DE ACOMPANHANTE	R\$ 234,25
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,75
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 1,61

VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 937,00
------------------------------	------------

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 937,00
-----	------------------------------	------------



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Histórico de Créditos

Página 7 de 7

15/06/2018 11:56:24

Identificação do Filiado

NTT: 165.49286.28-0

CPF: 515.353.352-20

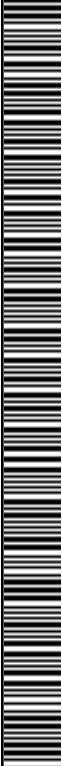
Data de Nascimento: 15/10/1970

Nome: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

Nome da mãe: MARIA MODESTO DE SOUSA

Compet. Inicial: 04/2017

Compet. Final: 06/2018



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meuinss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 1806150QJAJQU53



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	515.353.352 - 20	Raimunda Sousa da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Ana Paula Sousa da Silva		002.117.832-18		Servidora Pública
Endereço	Número		Complemento	
Prof. Helcio Carlos	546			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Senador Helio Campos	Boa Vista -	RR		
Email			Telefone (DDD)	
vedilaine - w-curtio682@outlook.com			95 9913 26 800	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO.	
Nome			
Ana P. Sousa Silva			
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
4263-3	10/21	58.349	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 515.353.352-20	Nome completo da vítima Raimunda Sousa da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ana Paula Sousa da Silva		CPF titular da conta 002.117.832-18	Profissão Servidora Pública
Endereço R. Prof. Helio Carlos		Número 546	Complemento
Bairro Santana Helio Campos	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69300-000
Email adelaide - escritorio682@outlook.com		Telefone (DDD) 95991326800	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. Banco do Brasil 001	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V 4263- 3	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V 58349 9	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - RR 26 de fevereiro de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 58349

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim
☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim
☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim
☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim
☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista, 103 julho de 2020

Pro. Gisele Souza da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 V002/2010

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jenniffer da Silva Soares inscrito (a) no CPF/CNPJ 02303872251 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimunda Sousa da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 515353352 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
Raimunda Sousa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 515353352 / 20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: estudante Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua: professora Diomedes Santo maior</u>		<u>303</u>	<u>Galvina Altamira</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Bom Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69301260</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>verilaine - escritorio682@atlook.com</u>	<u>95991326800</u>	<u>95930862518</u>	

Bom Vista - RR 22 de 02 de 19
Local e Data

Jenniffer da Silva Soares
Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
515.353.352-20 Raimunda Sousa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Ana Paula Sousa da Silva CPF: 002.337.832-38
Profissão: Func. Pública Endereço: R: prof. Helcio Carlos Número: 546 Complemento:
Bairro: Senador Helio Campos Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69300-000
E-mail: jennifer.s.souza@gmail.com Tel.(DDD): 95993338315

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 58349 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Boa Vista, RR
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

515.353.352 - 20

Raimunda Sousa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: CPF: 002.117.832-18

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Funcionária Pública

R. prof. Helcio Carlos

546

Bairro: Cidade: Estado: CEP: 69300-000

Sendo: Helio Campos Boa Vista RR 69300-000

E-mail: Tel.(DDD): 95991118315

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 42633 CONTA: 583499

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Boa Vista, RR 26 Janeiro 2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATACADAO S A
/ BRASIL, 2516
ENTENARIO - BOA VISTA - RR -
NPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548

5/10/2017 12:15:30 TRANSACAO: 10297

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica Para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

Item	Cod	Descricao	Qtde Un	VlrUnit	VlrTot
01	53233921	FRALDA GER.CONFORT M	1X8000		
	10	UND X	9,29		92,90
02	51430923	CREME LEITE ITAMBE	1X200G		
	1	UND X	1,95		1,95
03	22337955	LEITE COND.ITALAC TP	1X395G		
	1	UND X	3,89		3,89
04	22337955	LEITE COND.ITALAC TP	1X395G		
	1	UND X	3,89		3,89
05	54056983	LEITE COCO SOCOCO	1X200ML		
	1	UND X	3,49		3,49
06	51430923	CREME LEITE ITAMBE	1X200G		
	1	UND X	1,95		1,95
07	45012931	COCO FLOCOS DUCOCO	1X100G		
	1	UND X	1,99		1,99

TD. TOTAL DE ITENS 16
ALOR TOTAL R\$ 110,06
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
inheiro 110,06

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
Lei Federal 12.741/2012)
In.Aprox.Tributos: Federal R\$22,02 (20,01%)
In.Aprox.Tributos: Estadual R\$18,36 (16,68%)
Fonte: IBPT

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 000053258 Serie: 503
Emissao: 06/10/2017 12:15:30
consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.sp.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
4171075315333017931655030000532581048579172

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.12.c00 - Unisys Brasil Ltda.
510-CR2 VERSAO:16.05 PRV-003 13:179
PR:Aliane L. Silva 06/10/2017 12:15:30
SPERANCA

Nova Razao Social ATACADAO S A





 Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota 00000092 Data e Hora de Emissão 21/12/2017 12:07:24 Data do Fato Gerador 21/12/2017 Código de Verificação AAAECKJ-AAAFGL	
Dados do(s) Serviço(s)			
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL	Local da Incidência BOA VISTA/RR	
Prestador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: CANDIDO LABORATORIO DE ANALISE CLINICA LTDA - ME Nome Fantasia: Endereço: RUA LAURA PINHEIRO MAIA, 2758 SENADOR HÉLIO CAMPOS BOA VISTA - RR CEP: 69316-494 CPF/CNPJ: 25.061.799/0001-57 Insc. Municipal: 9607897 Telefone: (95) 9146-6133 E-mail: laborcandido33@gmail.com			
Tomador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA Nome Fantasia: Endereço: RUA RENATO MARQUES JR, 1689 SANTA LUZIA BOA VISTA - RR CPF/CNPJ: 515.353.352-20 Insc. Municipal: Telefone: (00) 9121-4503 E-mail:			
Discriminação do(s) Serviço(s)			
Exames Laboratoriais.			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiol. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8640202 - Laboratórios clínicos			
Valor do(s) Serviço(s) 50,00	Valor Dedução 0,00	Desconto Incondicionado 0,00	Base de Cálculo ISS 50,00
Alíquota ISS (%) 2,00	Valor do ISS 1,00	Valor ISS Retido 0,00	Desconto Condicionado 0,00
Retenções Federais			
Imposto de Renda 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00
		INSS 0,00	Outras Retenções 0,00
Total			
Total do(s) Serviço(s) 50,00	Total Líquido 50,00	Total da Nota 50,00	
Outras Informações			
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL *** O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP) Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 9,23 - (18,45%) - Fonte: IBPT			

01/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc comprobatórios

RECEBEMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 027.014.192 SÉRIE : 3
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1  CACHOEIRA SANTA ISABEL CEP: 07500000 SP TEL/SAC: 1150796100 SITE: www.ultrafarma.com.br email: sac@ultrafarma.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 Nº 027.014.192 SÉRIE : 3 FOLHA:1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3517 1202 5439 4500 0690 5500 3027 0141 9217 2061 5391 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 ADQ DE TERCEIROS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135170822937630 - 2017-12-15T09:07:13-0
INSCRIÇÃO ESTADUAL 616085655111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA 240294746	CNPJ 02.543.945/0006-90

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL Ana Paula Sousa da Silva		CNPJ/CPF 002.117.832-18	DATA DA EMISSÃO 15/12/2017
ENDEREÇO Rua Professor Helcio Carlos, 546		BAIRRO/DISTRITO Senador Helio Campos	CEP 69.316-582
MUNICÍPIO Boa Vista	FONE/FAX 00000000	UF RR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA DE SAÍDA/ENTRADA 15/12/2017
			HORA DE SAÍDA 09:07:06

FATURA/DUPLICATA**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 139,75		VALOR DO ICMS 9,78		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 110,77
VALOR DO FRETE 28,98	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS 35,54	VALOR TOTAL DA NOTA 139,75		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - LJ2		FRETE POR CONTA 1-Dest/Rem	CÓDIGO ANTT 0	PLACA DO VEÍCULO AAA9999	UF SP	CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 21	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL	NUMERAÇÃO 21.00	PESO BRUTO 1	PESO LÍQUIDO 1	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI	VALOR TOTAL IMPOSTOS
805843	BACLOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	000	6108	UN	20	4.7400	94.80	119.60	8.37		7.00		30.42
806979	POM PREV ASSADURAS BABYMED MENINA 45G 3	30067000	000	6108	UN	1	15.9700	15.97	20.15	1.41		7.00		5.12

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 7206153962 AUTORIZ. CARTAO = 408880 Total do ICMS interestadual para a UF do destinatário: 8,39 Total do ICMS interestadual para a UF do remetente: 5,59	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

RECEBEMOS DE W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.012.448 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR (ANA PAULA SOUSA DA SILVA)	

W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP  Odonto-médico Hospitalar 3623 3879 AV. GAL ATAIDE TEIVE, 3941 Bairro: ASA BRANCA BOA VISTA - RR - 69312-242 Fone: (95)3623-3879 Fax: (95)3623-6115 wriel@wmodontomedico.com.br Alv. Sanit.: 084/2012 Aut. Esp.: 114.404-8 Aut. Func.: 8.06.777-0/1.08.1556 Lic. Func.: 01.10.003.0124.001.9		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA Nº 000.012.448 SÉRIE:1 FOLHA:1 / 1	 CHAVE DE ACESSO 1417 1108 9780 8900 0177 5500 1000 0124 4817 2961 6823 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora. PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 314170002739227 - 25/11/2017 12:02:35
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		CNPJ 08.978.089/0001-77	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 24.014509-1	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CÓDIGO 001661	CNPJ/CPF 002.117.832-18	DATA DA EMISSÃO 25/11/2017 12:01											
NOME / RAZÃO SOCIAL ANA PAULA SOUSA DA SILVA		BAIRRO/DISTRITO SENADOR HELIO CAMPOS		CEP 69.316-582											
ENDEREÇO RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, 546		UF RR		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO											
MUNICÍPIO BOA VISTA		FONE/FAX (95) 991116428		HORA SAÍDA											
FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO	012448-1/1														
VENCIMENTO:	25/11/2017														
VALOR:	54,43														

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
		54,43		9,25	0,00	0,00	54,43
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00		0,00		0,00	0,00	0,00	54,43

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOME/RAZÃO SOCIAL		0 - Emitente					
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS IPI
006899	EQUIPO DE NUTRIÇÃO ENTERAL - DESCARPACK		90189010	000	5102	UN	30,00	1,81440	54,43		54,43	9,25		17

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Trib: Aprox. R\$ 17,47 Federal e R\$ 0,00 Estadual Fonte: IBPT .		



N/Número: 160879
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 06/10/2017
Data Entrega: 06/10/2017
Página: 001

Cód. Cliente: 000526 Nome: CLIENTE BALCAO
Endereço: AV. MAJOR WILLIAMS 1027 -
Cidade: BOA VISTA
Fone: (95)
Contato: 52
Transp.: BALCAO

Fax: (95)
E-Mail:

CPF: I.E.:
Bairro: CENTRO
UF:RR CEP:69301-110
Frete: CIF (Emitente)

Entrega

Dest. Entrega: CLIENTE BALCAO

End. Entrega:

Bairro:
UF: CEP: 00000-000

Cidade:

Vendedor:	HERISON DA	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
Tipo:	VENDA II	06/10/2017	25,00				
Cond. Pagto.:	AVISTA						
Forma Cobrança:	CARTEIRA						

It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Fabricante	Lote	Quant.	Vr.Unitário	Vr.Total
001	022452	1,00	PCT	COMPRESSA DE GAZE 7.5X7.5 9 FIOS IRIS C/500	CREMER	434461710		26,60	26,60

Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Descto.	Total do Pedido
1,00	1,00	0,00	26,60	0,00	0,00	1,60	25,00

Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue
			26,60	0,00

Confirmação do pedido: 06/10/2017 10:38:50 HERRISON DA SILVA BRAA

Impresso por: HERRISON DA SILVA BRAA 06/10/2017 11:39:03

CLIENTE BALCAO

PROSSERV COMERCIO SERVICOS LTDA

SupraSoft - (31) 2555-5454

PAGO
Em: 06/10/17
Damiens

/ / :
Data

000526 - CLIENTE BALCAO

Número: 160879

01/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc comprobatórios

RECEBEMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 026.126.892 SÉRIE : 3	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		
ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1  CACHOEIRA SANTA ISABEL CEP: 07500000 SP TEL/SAC: 1150796100 SITE: www.ultrafarma.com.br email: sac@ultrafarma.com.br		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 026.126.892 SÉRIE : 3 FOLHA:1 de 1	
 CHAVE DE ACESSO 3517 0902 5439 4500 0690 5500 3026 1268 9217 1991 6647		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 ADQ DE TERCEIROS INSCRIÇÃO ESTADUAL 616085655111		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135170589669068 - 2017-09-13T17:10:33-0. CNPJ 02.543.945/0006-90	
INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA 240294746			

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL Ana Paula Sousa da Silva		CNPJ/CPF 002.117.832-18		DATA DA EMISSÃO 13/09/2017	
ENDEREÇO Rua Professor Helcio Carlos, 546		BAIRRO/DISTRITO Senador Helio Campos		CEP 69.316-582	
MUNICÍPIO Boa Vista		FONE/FAX 00000000		UF RR	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 13/09/2017	
				HORA DE SAÍDA 17:10:31	

FATURA/DUPPLICATA**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 155,86		VALOR DO ICMS 10,91		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 155,86
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS 50,02	VALOR TOTAL DA NOTA 155,86		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - LJ2		FRETE POR CONTA 0-Emitente		CÓDIGO ANTT 0		PLACA DO VEICULO AAA9999		UF SP		CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90	
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
QUANTIDADE 27	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL		NUMERAÇÃO 27.00		PESO BRUTO 1		PESO LÍQUIDO 1			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR TOTAL IMPOSTOS
805843	BACLOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	000	6108	UN	20	4.4500	89,00	89,00	6,23	7,00		28,56
788216	CAPTOPRIL 25MG 30 CP NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	3.5500	3,55	3,55	0,25	7,00		1,14
788216	CAPTOPRIL 25MG 30 CP NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	3.5400	3,54	3,54	0,25	7,00		1,14
788216	CAPTOPRIL 25MG 30 CP NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	0.0100	0,01	0,01	0,00	7,00		0,00
809933	COLAGENO-VIT+MIN 500MG - S O 60 CAPS	21069030	000	6108	UN	1	29.9500	29,95	29,95	2,10	7,00		9,61
7229	FILMCEL COL OFT 0,5% 10ML	30042019	000	6108	UN	2	9.3800	18,76	18,76	1,31	7,00		6,02
168484	MUNHEQUEIRA CHRISPIM PRETA U	90211010	000	6108	UN	1	11.0500	11,05	11,05	0,77	7,00		3,55

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 7199166452 Total do ICMS interestadual para a UF do destinatário: 9,35 Total do ICMS interestadual para a UF do remetente: 6,23	RESERVADO AO FISCO
--	---------------------------

RECEBEMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 025.873.424 SÉRIE : 3	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1  CACHOEIRA SANTA ISABEL CEP: 07500000 SP TEL/SAC: 1150796100 SITE: www.ultrafarma.com.br email: sac@ultrafarma.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 025.873.424 SÉRIE : 3 FOLHA:1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3517 0802 5439 4500 0690 5500 3025 8734 2417 1973 4995	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQ DE TERCEIROS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135170528147486 - 2017-08-18T09:59:12-0.	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 616085655111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB TRIBUTARIA 240294746	CNPJ 02.543.945/0006-90	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL JOELSON ALCANTARA		CNPJ/CPF 778.008.342-04	DATA DA EMISSÃO 18/08/2017
ENDEREÇO Rua Luiz Tavares da Silva, 1574		BAIRRO/DISTRITO Santa Luzia	CEP 69.317-110
MUNICÍPIO Boa Vista	FONE/FAX 00000000	UF RR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA DE SAÍDA/ENTRADA 18/08/2017
			HORA DE SAÍDA 09:59:05

FATURA/DUPPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
73,48	5,14	0,00	0,00	44,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
28,98	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS				VALOR TOTAL DA NOTA
14,28				73,48

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - LJ2		FRETE POR CONTA 1-Dest/Rem	CODIGO ANTT 0	PLACA DO VEÍCULO AAA9999	UF SP	CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		INSCRIÇÃO ESTADUAL 		
QUANTIDADE 10	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL	NUMERAÇÃO 10.00	PESO BRUTO 1	PESO LÍQUIDO 1	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS IPI	VALOR TOTAL IMPOSTOS
805843	BACLOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	000	6108	UN	10	4,4500	44,50	73,48	5,14		7,00	14,28

Joelice de
18/08/2017

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES FEDIDO: 7197349982 Total do ICMS interestadual para a UF do destinatário: 4,41 Total do ICMS interestadual para a UF do remetente: 2,94	RESERVADO AO FISCO
---	---------------------------



RECEBEMOS DE W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR (ASSIS MODESTO DE SOUSA)	Nº 000.011.587
		SÉRIE: 1

W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
 Odonto-médico Hospitalar 3623 3879	AV. GAL ATAIDE TEIVE, 3941 Bairro: ASA BRANCA BOA VISTA - RR - 69312-242 Fone: (95)3623-3879 Fax: (95)3623-6115 wriel@wmodontomedico.com.br	0-ENTRADA 1-SAÍDA Nº 000.011.587 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 / 1	CHAVE DE ACESSO 1417 0808 9780 8900 0177 5500 1000 0115 8711 4917 8024
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 24.014509-1		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 314170001866240 - 16/08/2017 09:27:07	
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ 08.978.089/0001-77	

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSIS MODESTO DE SOUSA		CÓDIGO 001585	CNPJ/CPF 284.357.612-15	DATA DA EMISSÃO 16/08/2017 09:26											
ENDEREÇO RUA ANTONIA FERREIRA DA SILVA, 994		BAIRRO/DISTRITO SENADOR HELIO CAMPOS	CEP 69.316-558	DATA DA ENTRADA/SAÍDA											
MUNICÍPIO BOA VISTA		FONE/FAX (95) 991484673	UF RR	HORA SAÍDA											
		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO													
FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	011587-1/1														
VENCIMENTO:	16/08/2017														
VALOR:	985,03														

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		324,07		55,09		0,00		0,00		985,03	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		985,03	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
NOME/RAZÃO SOCIAL		0 - Emissor									
ENDEREÇO		MUNICÍPIO						UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS															
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ ICMS	IPÍ
000116	CADEIRA DE RODA 1009 RN CINZA NYLON - JAGUARIBE		87131000	040	5102	UN	1,00	527,13090	527,13		0,00	0,00		0	
000852	ASPIRADOR ASPIRAMAX MA-520 CAP 1.3LTS		90189099	000	5102	UN	1,00	324,07450	324,07		324,07	55,09		17	
001211	ALMOFADA 40 C/VELCRO LATERAL - JAGUARIBE		87142000	040	5102	UN	1,00	133,82910	133,83		0,00	0,00		0	

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CST (040) - PRODUTO ISENTO DE ICMS CONF DECR. 1377 DE 18/1978 Valor Aproximado Tributos: R\$281,75 (28,60%) Fonte: IBPT		



N/Número: **053730**

S/Número:

Data Emissão: **03/07/2017**

Data Entrega : 03/07/2017

Página: 001

Cód. Cliente: 000008 Nome: CONSUMIDOR FINAL CNPJ / CPF: 000.000.000-00
Endereço: AV. GE. ATAIDE TEIVE 3941 - Inscrição: ISENT0
Cidade: BOA VISTA Bairro: ASA BRANCA
Fone: (95) 36233879 Fax: (95) 36233879 UF:RR CEP:69312-241
Tipo de Pedido: VENDA ESPECIAL Vendedor: IVANILDO PERES
Cond. Pagto.: A VISTA Forma Cobrança: DINHEIRO
Transp. : Classif. Cliente: PESSOA FISICA Frete: CIF (Emitente)
Entrega:

It.	Código	Descrição do Produto	Und.	Qtd.	Pend.	Localização	Vr. Unitário	Vr. Total
001	008366	FR. DREN. ENT. C/A DRINK 500ML N. EST. - TAYLOR	UND	20,00			3,68	73,55

Qte Volume:	Esp. Volume:	Peso Líquido (KG)	Peso Bruto (KG)	Total do Pedido
				73,55

Confirmação do pedido:

Impresso por: IVANILDO PERES

Separador

Conferente

equipo, 159 18:00

mês de junho 7 4,00
Fraco da dieta
equipo 50,00
leite matrem 300,00
leite ninho 80,00

junho

3626-5131



**Odonto-médico
Hospitalar**

N/Número: 053936
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 05/07/2017
Data Entrega: 05/07/2017
Página: 001

N. Fantasia: CONSUMIDOR FINAL
CPF: 000.000.000-00 I.E.:ISENTO
Bairro: ASA BRANCA
UF:RR CEP:69312-241
Frete: CIF (Emitente)

Cód. Cliente: 000008 Nome: CONSUMIDOR FINAL
Endereço: AV. GE. ATAIDE TEIVE 3941 -
Cidade: BOA VISTA
Fone: (95) 36233879 Fax: (95) 36233879
Contato: E-Mail:
Transp. : A

Entrega
Dest. Entrega: CONSUMIDOR FINAL
End. Entrega:
Cidade:

Bairro:
UF: CEP:00000-000

Vendedor:	JARDEL	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
Tipo:	VENDA ESPECIAL	05/07/2017	54,43				
Cond. Pagto.:	A VISTA						
Forma Cobrança:	DINHEIRO						

Forma Cobrança: DINHEIRO						Vr.Unitário	Vr.Total
It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto		1,8144	54,43
001	006899	30,00	UND	EQUIPO DE NUTRIÇÃO ENTERAL - DESCARPACK			
Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Acréc.	Total do Pedido
1,00	30,00	0,00	54,43	0,00	0,00	0,00	54,43
Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue			
			54,43	0,00			

Impresso por: JARDEL FONTINELLI 05/07/2017 17:39:02

Impresso por: JARDEL FONTINELI 05/07/2017 17:39:02

Confirmação do pedido:

CONSUMIDOR FINAL

W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP

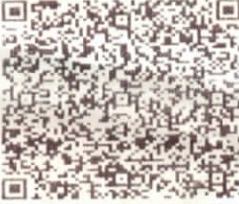
P A G O

EM: ___/___/___



COMERCIO DE MEDICAMENTOS BOA
CNPJ: 19.131.110/0004-63 IE 240322053
RUA SOLON RODRIGUES PESSOA, 779
PINTOLANDIA, BOA VISTA, RR

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código Descrição	Qtde	Un	VI Unit	VI Desc	VI Total
17898931019266 FR CONFORT MASTER G. ECON G	3	PC	67,05	24,18	17,97
Qtd Total de Itens					1
VALOR TOTAL R\$					201,15
DESCONTO TOTAL R\$					24,18
FORMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Cartão de Débito					176,97
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)					0,00
Trib Fed: 0,00 Trib Est: 0,00 Trib Mun: 0,00 Trib Imp: 0,00 For te					
IBPT					
N: 000018160 Serie: 1 24/08/2018 17:00:24 Consulte pela Chave de Acesso em					
CHAVE DE ACESSO					
1418 0819 1311 1000 0463 6500 1000 0181 6010 0018 3928					
CONSUMIDOR					
Consumidor não informado					
Consulta via leitor de QR Code					
					
Protocolo de Autorização: 314180036637956					



TACADAO S.A.
V BRASIL, 2516
ENTENARIO - BOA VISTA - RR -
NPJ:75.315.333/0179-31 IE: 240280548

5/10/2018 14:08:43 TRANSACAO: 98393

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
a Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorizacao

tem	Cod	Descricao	Qtde	Un	VirUnit	VirTot
7323929		HASTES COTONELA		1X75UND		
4	UND	X	0,99			3,96
6668911		FRALDA GER.TENA		1X7UND		
6	UND	X	13,99			83,94
2654903		SAB.LIQ.MINEIRINHA		1X2L		
1	UND	X	17,90			17,90

TD. TOTAL DE ITENS 11
ALOR TOTAL R\$ 105,80
ORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
inheiro 120,00
ROCO 14,20

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
Lei Federal 12.741/2012)
Ir Aprox.Tributos: Federal R\$20,66 (19,53%)
Ir Aprox.Tributos: Estadual R\$17,98 (16,99%)
onte: IBPT.

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 000097982 Serie: 510
Emissao 05/10/2018 14:08:43
onsulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.r.gov.br/nfce/servlet/arcode>
CHAVE DE ACESSO
418107531533017931655100000979821048579177

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.13.c00 - Unisys Brasil Ltda.

610-CR2 VERSAO:16.05 PDV:010 LJ:179
PR:000215560Cryslania 05/10/2018 14:08:43
ECIPROCIDADE

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



CNPJ: 06.626.253/0328-60
EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
AV GETULIO VARGAS, 6070 - CENTRO
BOA VISTA-RR, CEP: 69301-030



EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorização

Código	Descrição	Qtde	UM	VL Item	VL Total
30657	SUSTAGEN MORANGO 400GX2PRES	1	UN	70,14	70,14
Desconto sobre item				-3,34	
tde. total de itens		1			
Valor a Pagar R\$					66,80
RMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
dinheiro					70,00
Troco R\$					3,20

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.sefaz.rr.gov.br/nfce/consulta

1418 1006 6262 5303 2860 6501 5000 1296 4990 0009 1740



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 129649 Série: 15
16/10/2018 13:34:49

EMITIDA EM
CONTINGENCIA
Pendente de autorização

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

LAJOELSON, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.
PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.
ESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 3,34
EU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DER\$ 133.60+.
TINJAR\$ 500.00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE OURO.
ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, INCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CANCELADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E PARTICIPE MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

PF CLIENTE SEMPRE: 778.***.***-04
operador: 80539 Vendedor: 78900
trib aprox R\$: 2,81 Fed e R\$: 11,36 Est e R\$: 0,00 Muni
fonte: IBPT ca7gi3
brigado e Volte Sempre.

CNPJ: 06.626.253/0412-65
EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
AV VILLE ROY, 5050 - SAO FRANCISCO
BOA VISTA-RR, CEP: 69300-000



DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtde	UN	VL Item	VL Total
80657	SUSTAGEN MORANGO 400GX2PRES	1	UN	70,14	70,14
e: 70,14 Por: 66,80					
desconto sobre item					-3,34
tde. total de itens					1

valor a Pagar R\$	66,80
ORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
inheiro	100,00
roco R\$	33,20

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.sefaz.rr.gov.br/nfce/consulta

1418 0906 6262 5304 1265 6501 0000 0910 8310 0029 7030



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 91083 Série: 10
27/09/2018 08:20:45

Protocolo de autorização:
314180041545884

Data de autorização:
27/09/2018 08:20:49

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

LAJOELSON, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM
BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.
PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.
ESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 3,34
ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS,
INCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO
CREDITADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E
PARTICIPE MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

PF CLIENTE SEMPRE: 778.***-04
Gerador: 85330 Vendedor: 85330
trib aprox R\$:2,81 Fed e R\$:11,36 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7gi3
Criado e Valte Semore.

D DOS SANTOS PERES
IPERMERCADO PERES 2

PJ:34.797.837/0002-06 Inscrição Estadual: 240019684
MARIO NOME DE MELO 4793 - TANCREDO NEVES
a Vista - RR - 69.300-000

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

en Codigo	Descricao	Qtz Un	VI Unilvl	Total
7891000070765	LEITE NINHO 800	1 UN	19,95	19,95
7891000070765	LEITE NINHO 800	1 UN	19,95	19,95
7891000070765	LEITE NINHO 800	1 UN	19,95	19,95
7891000070765	LEITE NINHO 800	1 UN	19,95	19,95
7891000070765	LEITE NINHO 800	1 UN	19,95	19,95

D.TOTAL DE ITENS
LOR TOTAL RS 99,75
RMA DE PAGAMENTO VALOR
NHEIRO 100,00
OCO 0,25

Ior Aproximada Tributos (Lei 12.741/12) 4,19

109

ENTIDADE EM CONTINGENCIA
Número 68206 Série 13 Emissão 27/09/18 13:54:58hs
Consulte pela Chave de Acesso em:
https://portalapp.sefaz.rr.gov.br/nfce/servlet/wp_consulta_nfce
CHAVE DE ACESSO
1418 0934 7978 3700 0206 6501 3000 0682 0690 5798 4908

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Op: Andreia Araujo | Lj: 01 | Cx: 003 | ENFCe: 18
ECoPAF v2.1.01 bn0625 | | 27/09/2018 13:54:59



ATACADAO S.A.	
V BRASIL, 2516	
ENTENARIO - BOA VISTA - RR -	
NPJ: 75.315.333/0179-31 IE:	240280548
3/09/2018 18:32:53	TRANSACAO: 73394
RELATÓRIO GERENCIAL	
Comprovante	
Relatório de Produtos Vendidos com Descontos	
Item : 36582922	- LENOVO UMED, COTONELA
Quantidade	5,000
Preço Normal	41,50
Preço com Desc	39,50
Valor economizou :	2,00
TPLinux - AT.13.c00 - Unisys Brasil Ltda.	
610-CK2 VERSAO:16.05	PDV:002 LJ:179
PR:000254318Erica Tav.	03/09/2018 18:32:53
ECIPROCIDADE	
Nova Razao Social: ATACADAO S.A.	



TACADAO S.A.
V BRASIL, 2516
ENTENARIO - BOA VISTA - RR -
NPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548

3/09/2018 18:32:53 TRANSACAO: 73394

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
a Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

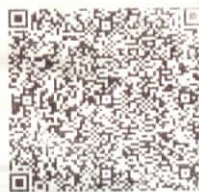
Item	Cod	Descricao	Qtd	Un	VirUnit	VirTot
6582922		LENCO UMED.COTONELA	1X450	UND		
5	UND	X	7,90			39,50

TD. TOTAL DE ITENS	5
ALOR TOTAL R\$	39,50
FORMA DE PAGAMENTO	Valor Pago
inheiro	50,00
ROCO	10,50

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
Lei Federal 12.741/2012)
Ir.Aprox.Tributos: Federal R\$5,31 (13,44%)
Ir.Aprox.Tributos: Estadual R\$6,72 (17,01%)
Fonte: IBPT.

AREA DE IDENTIFICACAO FISCAL
Numero: 000162289 Serie: 502
Emissao: 03/09/2018 18:32:53
Consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
418097531533301793155020001622891048579176

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.13.c00 - Unisys Brasil Ltda.

1610-CR2 VERSAO:16.05 PDV:002 L.J:179
OPR:000254318Erica Tav. 03/09/2018 18:32:53
RECIPROCIDADE

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN:000000008881480
CNPJ: 06626253038205 I.E: 240179400
Av Ataíde Teive, 5300 - TANCREDO NEVES, BOA VISTA - RR

Pague Menos

DANFE NFC - e Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

QTD	UN	VAL UNIT	R\$1	T-TOT ITEM	R\$2
1	UN	66,80	66,80		

400673 SUSTAGEN CHOCOLATE 400Gx2PRES

Parcela: 70,14 Por: 66,80

VALOR TOTAL DE ITENS 66,80
VALOR TOTAL R\$ 66,80
Dinheiro 66,80

T R O C O R\$: 3,20

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ JOELSON, SEJA BEM VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 3,34

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 E DE R\$ 66,80*. ATINJA R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE OURO.

SEU VALOR E O SEU NOME DO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE. CONFIRA O REGULAMENTO DO PROGRAMA EM: [WWW.PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE](https://www.paguemenos.com.br/sempre)

DE: JOELSON TEIXEIRA - 17/06/2018
Operador: 87123 Vendedor: 58555
Trib. IPI: R\$2,87 Fed. e R\$11,36 Est. e R\$0,00
Fonte: IBPT - ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número: 000095205 Série: 010 Emissão: 15/06/2018 15:29:13
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em: https://www.sefaz.rr.gov.br/nfce/servlet/np_consulta_nfc

CHAVE DE ACESSO
1418 0606 6267 5303 6205 6501 0000 0952 0310 0009 7400

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 314160026641054



COMERCIO DE MEDICAMENTOS BOA
CNPJ: 19.131.110/0004-63 IE: 240322053
RUA SOLON RODRIGUES, PESSOA, 779
PINTOLANDIA, BOA VISTA, RR

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código Descrição	Qtde	Un	VI Unit	VI Desc	VI Total
17898931019242 FR CONFORT MASTER GERIATRICA	16	PC	18,70	59,36	239,84
Qtd Total de Itens					1
VALOR TOTAL R\$					239,84
DESCONTO TOTAL R\$					59,36
FORMA PAGAMENTO Dinheiro				VALOR PAGO R\$	239,84
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741 /2012)					0,00
Trib Fed: 0,00 Trib Est: 0,00 Trib Mun: 0,00 Trib Imp: 0,00 For te					
IBPT					
N: 000015096 Sere 1 02/07/2018 7.15.18					
Consulte pela Chave de Acesso em					
CHAVE DE ACESSO					
1418 0719 1311 1000 0463 6500 1000 0150 9610 0015 2968					
CONSUMIDOR					
Consumidor não informado					
Consulta via leitor de QR Code					
					
Protocolo de Autorização: 314180028891950					



ATACADAO S.A.
AV BRASIL, 2516
CENTENARIO - BOA VISTA - RR -
CNPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548

01/07/2018 17:04:32 TRANSACAO: 88999

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

Item	Cod	Descricao	Qtde	Un	VirUnit	VirTot
36582922		LENCO UMED COTONELA	1X	450UND		
2	UND	X	8,30			16,60
56056979		DESOD SECAR AERO	1X	360ML		
1	UND	X	4,85			4,85
54530908		DES.BI-O AERO PROTEC	1X	150ML		
2	UND	X	11,49			22,98

QTD. TOTAL DE ITENS 4
VALOR TOTAL R\$ 44,43
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
Dinheiro 45,00
TROCO 0,57

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)
Vlr. Aprox. Tributos: Federal R\$7,63 (17,17%)
Vlr. Aprox. Tributos: Estadual R\$9,78 (22,01%)
Fonte: IBPT.

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 000086902 Serie: 514
Emissao: 01/07/2018 17:04:32
Consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
14180775315333017931655140000869021048579176

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.13.c00 - Unisys Brasil Ltda

4610-CR2 VERSAO 16.05 PDV:014 LJ:179
OPR:0002 15237Thiago 01/07/2018 17:04:32
RECIPROCIDADE

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



ATACADAO S.A.
AV BRASIL, 2516
CENTENARIO - BOA VISTA - RR -
CNPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548

19/07/2018 20:32:49 TRANSACAO: 93216

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

Item	Cod	Descricao	Qtde	Un	VirUnit	VirTot
60274979		FRALDA COMFORT G			1X8UND	
1	UND	X	12,59			12,59
60274979		FRALDA COMFORT G			1X8UND	
1	UND	X	12,59			12,59
60274191		FRALDA COMFORT G			8X8UND	
1	FDO	X	100,72			100,72
60274979		FRALDA COMFORT G			1X8UND	
1	UND	X	12,59			12,59
60274979		FRALDA COMFORT G			1X8UND	
1	UND	X	12,59			12,59
01978978		LEITE PO NINHO INTEG			1X400G	
1	LTA	X	11,99			11,99
01978978		LEITE PO NINHO INTEG			1X400G	
1	LTA	X	11,99			11,99
05236900		TALCO A.S.BARLA			1X140G	
4	UND	X	4,29			17,16
43765931		PAPEL HIG ALPINO			1X14R30M	
1	UND	X	13,99			13,99
58106946		DET.PO GUARANI			1X5Kg	
1	UND	X	14,90			14,90

QTD. TOTAL DE ITENS 13
VALOR TOTAL R\$ 221,11
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
Dinheiro 222,00
TROCO 0,89

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)
Vir.Aprox.Tributos: Federal R\$41,58 (18,81%)
Vir.Aprox.Tributos: Estadual R\$38,96 (17,62%)
Fonte: IBPT.

AREA DE MENSAGEM FISCAL

Numero: 000097504 Serie: 509
Emissao: 19/07/2018 20:32:49
Consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
141807753153301793165509000975041048579173

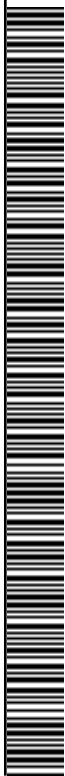
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.13 c00 - Unisys Brasil Ltda.

4610-CR2 VERSAO:16.05 PDV:009 L.J:179
OPR:000252658Rosangela 19/07/2018 20:32:50
RECIPROCIDADE

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



ATACADAO S.A.
V BRASIL, 2516
ENTENARIO - BOA VISTA - RR -
NPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548

3/02/2018 19:58:35 TRANSACAO: 68362

DANFE NFC-e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

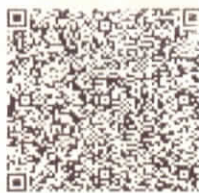
tem Cod	Descricao	Qtde Un	VirUnit	VirTot
0667800	CESTO PLASUTIL 60L	1X1UND		
1 UND	X	22,90		22,90
3231902	FRALDA GER. CONFORT	1X7UND		
6 PCT	X	9,20		55,20
3231114	FRALDA GER. CONFORT	9X7UND		
1 FDO	X	82,80		82,80
5236900	TALCO A.S. BARLA	1X140G		
3 UND	X	4,59		13,77
7979920	DES. SUAVE AERO	1X150ML		
1 UND	X	6,99		6,99

TD. TOTAL DE ITENS 12
ALOR TOTAL R\$ 181,66
ORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
linheiro 200,00
ROCO 18,34

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
Lei Federal 12.741/2012)
Ir.Aprox.Tributos: Federal R\$38,61 (21,25%)
Ir.Aprox.Tributos: Estadual R\$32,54 (17,91%)
Fonte: IBPT.

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 00007950; Serie: 513
Emissao: 03/02/2018 19:58:35
consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
4180275315333017931655130000795011048579172

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT 13.c00 - Unisys Brasil Ltda.

610-CR2 VERSAO:16 05 PDV:013 LJ:179
IPR:ANTONIO AMILTON 03/02/2018 19:58:36
IN:03/02/2018

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



01/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc comprobatórios

RECEBEMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO EMIÇÃO: 29/07/2018 VALOR TOTAL: 221,61 DEST.: Ana Paula Sousa da Silva - Rua Professor Helcio Carlos, 546 - Senador Helio Campos - 69.316-582 - Boa Vista-RR		NF-e Nº: 028.903.322 SÉRIE : 3
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1363  CACHOEIRA SANTA ISABEL-SP CEP: 07.500-000 TEL/SAC: (11) 5079-6100 SITE: www.ultrafarma.com.br e-Mail: sac@ultrafarma.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 028.903.322 SÉRIE : 3 FOLHA: 1 de 1		
	CHAVE DE ACESSO 3518 0702 5439 4500 0690 5500 3028 9033 2217 2210 9002 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180505760598 - 29/07/2018 15:03:34	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 616085655111		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA 240294746	CNPJ 02.543.945/0006-90

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL Ana Paula Sousa da Silva		CNPJ/CPF 002.117.832-18	DATA DA EMISSÃO 29/07/2018
ENDEREÇO Rua Professor Helcio Carlos, 546		BAIRRO/DISTRITO Senador Helio Campos	CEP 69316-582
MUNICÍPIO Boa Vista	FONE/FAX 0000-0000	UF RR	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 29/07/2018
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 15:03:23

FATURA

Num.: 1	V.Orig.: 221,61	V.Desc.: 0	V.Liq.: 221,61
---------	-----------------	------------	----------------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 221,61		VALOR DO ICMS 15,52	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 187,77
VALOR DO FRETE 33,84	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 63,53
					VALOR TOTAL DA NOTA 221,61

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - LJ2		FRETE POR CONTA 4 - Dest.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 39	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL	NUMERAÇÃO 39.00	PESO BRUTO 1	PESO LIQUIDO 1	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CDOSI	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
820843	BACLOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	0 00	6108	UN	30	4,5700	137,10	161,81	11,33	0,00	7,00 0,00	44,00
7220	FILMCEL COL OFT 0,5% 10ML	30042019	0 00	6108	UN	3	10,2500	30,75	36,29	2,54	0,00	7,00 0,00	9,87
810619	PROPANTOL DERMA CR 20G	33049910	0 00	6108	UN	6	3,3200	19,92	23,51	1,65	0,00	7,00 0,00	9,66

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 028.903.322 AUTORIZ. CARTAO = 262342	RESERVADO AO FISCO
---	---------------------------

01/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc comprobatórios

RECEBEMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMIÇÃO: 09/10/2018 VALOR TOTAL: 277,01 DEST.: ANA PAULA SOUSA DA SILVA - OUTROS PROFESSOR HeLCIO CARLOS, 546 - SENADOR HeLIO CAMPOS - 69 316-582 - BOA VISTA-RR		NF-e Nº: 029.503.648 SÉRIE : 3
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1363  ultrafarma CACHOEIRA SANTA ISABEL-SP CEP: 07.500-000 TEL/SAC: (11) 5079-6100 SITE: www.ultrafarma.com.br e-Mail: sac@ultrafarma.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 029.503.648 SÉRIE : 3 FOLHA: 1 de 1	
	CHAVE DE ACESSO 3518 1002 5439 4500 0690 5500 3029 5036 4811 1243 9034 Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQ DE TERCEIROS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180690458809 - 09/10/2018 08:15:01
INSCRIÇÃO ESTADUAL 61608565111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA 240294746	CNPJ 02.543.945/0006-90

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ANA PAULA SOUSA DA SILVA		CNPJ/CPF 002.117.832-18	DATA DA EMISSÃO 09/10/2018
ENDEREÇO OUTROS PROFESSOR HeLCIO CARLOS, 546	BAIRRO/DISTRITO SENADOR HeLIO CAMPOS	CEP 69316-582	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/10/2018
MUNICÍPIO BOA VISTA	FONE/FAX 0000-0000	UF RR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 08:14:48

FATURA

Num.: 1 V.Orig.: 277,01 V.Desc.: 0 V.Liq.: 277,01

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 277,01		VALOR DO ICMS 19,40		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 208,87
VALOR DO FRETE 68,14	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 72,21	VALOR TOTAL DA NOTA 277,01		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2		FRETE POR CONTA 4 - Dest.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 39	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL	NUMERAÇÃO 39.00	PESO BRUTO 1	PESO LÍQUIDO 1	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
805843	BACLOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	0 00	6108	UN	30	4,8900	146,70	194,56	13,62	0,00	7,00	0,00	47,08
7229	FILMCEL COL OFT 0,5% 10ML	30042019	0 00	6108	UN	3	10,1900	30,57	40,54	2,84	0,00	7,00	0,00	9,81
807572	RAHDAPANTOL DERMA CR 20G	33049990	0 00	6108	UN	2	7,9000	15,80	20,95	1,47	0,00	7,00	0,00	7,66
807572	RAHDAPANTOL DERMA CR 20G	33049990	0 00	6108	UN	2	7,8900	15,78	20,93	1,47	0,00	7,00	0,00	7,65
807572	RAHDAPANTOL DERMA CR 20G	33049990	0 00	6108	UN	2	0,0100	0,02	0,02	0,00	0,00	7,00	0,00	0,01

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 112439031	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



N/Número: 079531
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 27/09/2018
Data Entrega: 27/09/2018
Página: 001

Cód. Cliente: 000008 Nome: CONSUMIDOR FINAL
Endereço: AV. GE. ATAIDE TEIVE 3941 -
Cidade: BOA VISTA
Fone: (95) 36233879 Fax: (95) 36233879
Contato: E-Mail:
Transp. :

N. Fantasia: CONSUMIDOR FINAL
CPF: 000.000.000-00 I.E.:ISENTO
Bairro: ASA BRANCA
UF: RR CEP:69312-241
Frete: CIF (Emitente)

Entrega

Dest. Entrega: CONSUMIDOR FINAL

End. Entrega:

Cidade:

Bairro:

UF:

CEP:00000-000

Vendedor: IVANILDO
Tipo: VENDA ESPECIAL
Cond. Pagto.: A VISTA
Forma Cobrança: DINHEIRO

Vencimento	Valor	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
27/09/2018	72,80				

It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Vr.Unitário	Vr.Total
001	006899	40,00	UND	EQUIPO DE NUTRIÇÃO ENTERAL - DESCARPACK	1,82	72,80

Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Acrésc.	Total do Pedido
1,00	40,00	0,00	72,80	0,00	0,00	0,00	72,80

Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue
			72,80	0,00

Confirmação do pedido:

Impresso por: PATRICIA 27/09/2018 14:45:29

CONSUMIDOR FINAL

W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP

RECEBIMOS DE ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 027.566.406 SÉRIE: 3	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		
ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2 (LOGISTICA) ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO, 1  CACHOEIRA SANTA ISABEL CEP: 07500000 SP TEL/SAC: 1150796100 SITE: www.ultrafarma.com.br email: sac@ultrafarma.com.br		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída ☒ Nº 027.566.406 SÉRIE: 3 FOLHA: 1 de 1	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQ DE TERCEIROS		CHAVE DE ACESSO 3518 0202 5439 4500 0690 5500 3027 5664 0617 2105 5061	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 616085655111		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA 240294746	
CNPJ 02.543.945/0006-90		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180128010521 - 2018-02-23T21:29:05-0			

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL Ana Paula Sousa da Silva		CNPJ/CPF 002.117.832-18	DATA DA EMISSÃO 23/02/2018
ENDEREÇO Rua Professor Helcio Carlos, 546		BAIRRO/DISTRITO Senador Helio Campos	CEP 69.316-582
MUNICÍPIO Boa Vista	FONE/FAX 00000000	UF RR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA DE SAÍDA/ENTRADA 23/02/2018
			HORA DE SAÍDA 21:28:57

FATURA/DUPPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
235,90	16,52	0,00	0,00	235,90
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS				75,68
VALOR TOTAL DA NOTA				235,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL ULTRAFARMA SAUDE EIRELI - L2		FRETE POR CONTA 0-Emitente	CÓDIGO ANTI 0	PLACA DO VEÍCULO AAA9999	UF SP	CNPJ/CPF 02.543.945/0006-90
ENDEREÇO ESTRADA MUNIC.DEP.EST.FRANC.FRANCO		MUNICÍPIO SANTA ISABEL		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 35	ESPÉCIE UN	MARCA GERAL	NUMERAÇÃO 35.00	PESO BRUTO 1	PESO LÍQUIDO 1	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IP	VALOR TOTAL IMPOSTOS
805843	BACTOFENO 10MG 20 CP TEUTO	30049039	000	6108	UN	20	4,7400	94,80	94,80	6,64		7,00		30,43
49973	CIMI-GRIPE 20 CAPS	30039055	000	6108	UN	1	9,8500	9,85	9,85	0,69		7,00		3,16
49973	CIMI-GRIPE 20 CAPS	30039055	000	6108	UN	1	9,8300	9,83	9,83	0,69		7,00		3,15
49973	CIMI-GRIPE 20 CAPS	30039055	000	6108	UN	1	0,0100	0,01	0,01	0,00		7,00		0,00
800934	COLAG+GROS NEGRA+VIT E MIN 950MG-S.O.60	21069030	000	6108	UN	1	42,5000	42,50	42,50	2,98		7,00		13,04
800934	COLAG+GROS NEGRA+VIT E MIN 950MG-S.O.60	21069030	000	6108	UN	1	0,0100	0,01	0,01	0,00		7,00		0,00
800934	COLAG+GROS NEGRA+VIT E MIN 950MG-S.O.60	21069030	000	6108	UN	1	42,5200	42,52	42,52	2,98		7,00		13,04
64444	DIPIRONA GTS 10ML NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	3,1800	3,18	3,18	0,22		7,00		1,02
64444	DIPIRONA GTS 10ML NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	3,1600	3,16	3,16	0,22		7,00		1,01
64444	DIPIRONA GTS 10ML NEOQUIMICA	30049069	000	6108	UN	1	0,0100	0,01	0,01	0,00		7,00		0,00
7229	ELIMOLIL COL OIT 0,5% 10ML	30042019	000	6108	UN	30	10,0000	30,00	30,00	2,10		7,00		9,63
811987	IMA SIDNEY OLIVEIRA UMA DOSE DE FOFURA	49111090	000	6108	UN	3	0,0100	0,03	0,03	0,00		7,00		0,01

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CREDITO CONCEDIDO NO VALOR DE 0,63 REAIS. PEDIDO: 7210550632 AUTOR 12. CARTAO = 742836 Total do ICMS interestadual para a UF do destinatário: 18,86 Total do ICMS interestadual para a UF do remetente: 4,72	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



N/Número: 074131
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 30/06/2018
Data Entrega : 30/06/2018
Página: 001

Cód. Cliente: 000008 Nome: CONSUMIDOR FINAL

Endereço: AV. GE. ATAIDE TEIVE 3941 -

Cidade: BOA VISTA

Fone: (95) 36233879

Fax: (95) 36233879

Contato:

E-Mail:

Transp. :

N. Fantasia: CONSUMIDOR FINAL

CPF: 000.000.000-00 I.E.:ISENTO

Bairro: ASA BRANCA

UF:RR CEP:69312-241

Frete: CIF (Emitente)

Entrega

Dest. Entrega: CONSUMIDOR FINAL

End. Entrega:

Cidade:

Bairro:

UF:

CEP:00000-000

Vendedor: IVANILDO

Tipo: VENDA ESPECIAL

Cond. Pagto.: A VISTA

Forma Cobrança: DINHEIRO

Vencimento
30/06/2018

Valor
72,80

Vencimento

Valor

Vencimento

Valor

It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Vr.Unitário	Vr.Total
001	006899	40,00	UND	EQUIPO DE NUTRIÇÃO ENTERAL - DESCARPACK	1,82	72,80

Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Acrésc.	Total do Pedido
1,00	40,00	0,00	72,80	0,00	0,00	0,00	72,80

Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue
			72,80	0,00

Confirmação do pedido:

Impresso por: IVANILDO PERES 30/06/2018 11:18:34

CONSUMIDOR FINAL

W M COMERCIO & SERVICOS LTDA - EPP



S.A.
AV BRASIL, 2516
CENTENARIO - BOA VISTA - RR -
CNPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548
06/10/2017 12:15:33 TRANSACAO: 10297

RELATÓRIO GERENCIAL
Comprovante
Relatório de Produtos Vendidos com Descontos

Item : 53233921	- FRALDA GER.COMFORT M
Quantidade :	10,000
Preço Normal :	104,50
Preço c/ Desc:	92,90
Loco economizou :	11,60

TPLinux - AT.12.c00 - Unisys Brasil Ltda.

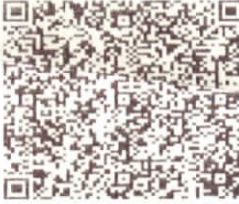
1610-CR2 VERSAO:16.05 PDV:003 LJ:179
OPR:Aliane L. Silva 06/10/2017 12:15:33

ESPERANCA

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.

COMERCIO DE MEDICAMENTO BOA VISTA
CNPJ: 19.131.110/0002-00 IE:240255082
RUA ESTRELA DALVA, 637, RAIAR DO SOL,
BOA VISTA, RR

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código Descrição	Qtde	Un	VI Unit	VI Desc	VI Total				
31019266 FR CONFORT MASTER G ECON G 30	1	PC	54,79	0,00	54,79				
31019266 FR CONFORT MASTER G ECON G 30	1	PC	54,79	0,00	54,79				
31019242 FR CONFORT MASTER GERIATRICA G	1	PC	0,01	0,00	0,01				
Qtd Total de Itens					3				
VALOR TOTAL R\$					109,59				
DESCONTO TOTAL R\$					0,00				
FORMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$				
Dinheiro					109,59				
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)					54,87				
Trib Fed: 14,74 Trib Est: 18,63 Trib Mun: 0,00 Trib Imp: 21,50									
Fonte IBPT									
N: 000041628 Série: 1 25/11/2017 14:23:11									
Consulte pela Chave de Acesso em									
CHAVE DE ACESSO									
1417 1119 1311 1000 0200 6500 1000 0416 2810 0022 2120									
CONSUMIDOR									
Consumidor não informado									
Consulta via leitor de QR Code									
									
Protocolo de Autonização: 314170040219989									



DROGANORTE - FARMACIA DO ZEZINHO
DROGA NORTE LTDA
CNPJ - 34.780.727/0001-11 IE - 240001026
AV. GEN. ATAÍDE TEIVE, 4707, ASA BRANCA,
BOA VISTA - RR

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Un.	Qtd.	Valor Unitário	Valor Desc.	Valor Total
33178	FENITOINA 100MG C/30 COMPR.	UN	3	7,95	0,00	23,85

QTD. TOTAL DE ITENS 1

Subtotal R\$ 23,85

Acréscimo R\$ 0,00

Desconto R\$ 0,00

VALOR TOTAL R\$ 23,85

FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago

Total Pago R\$ 100,00

Inteiro 23,85

Troco R\$ 76,15

Tributos Federais (Lei Federal 12.741/2012) 0,00

Tributos Estaduais (Lei Federal 12.741/2012) 0,00

Tributos Municipais (Lei Federal 12.741/2012) 0,00

Número: 147286 Série: 1
Emissão: 13/11/2017 20:43:07
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx?>
CHAVE DE ACESSO
1417113478672700011165001000147286100000015
CONSUMIDOR
CNPJ/CPF/ID Estrangeiro
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

VENDEDOR
CÓDIGO
6 AMBROSIO

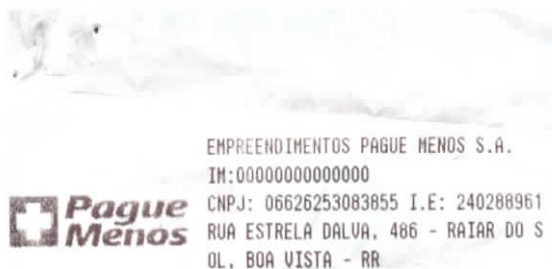
Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização:
314170038740919
13/11/2017 20:43:07

07/2017 DROGARIA AMERICA LTDA - ME
CNPJ-07.405.739/0001-22 IE 8612
RUA IZIDIO GALDINIO DA SILVA
BELLIO CAMPOS, BOA VISTA RR
DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Un	Qtd	Valor Unitário	Valor Desc.	Valor Total
01	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
02	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	35,00	0,00	35,00
03	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	3	1,50	0,00	4,50
04	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
05	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
06	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
07	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
08	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
09	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
10	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
11	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
12	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
13	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
14	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
15	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
16	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
17	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
18	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
19	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
20	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
21	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
22	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
23	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
24	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
25	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
26	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
27	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
28	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
29	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
30	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
31	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
32	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
33	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
34	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
35	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
36	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
37	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
38	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
39	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
40	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
41	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
42	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
43	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
44	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
45	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
46	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
47	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
48	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
49	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
50	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
51	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
52	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
53	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
54	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT	UN	1	5,00	0,00	5,00
55	Crepe LACTAMOR 150MG/12 G PRAT					



DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

QTD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	Rs	TOT ITEM	Rs
1	480657	SUSTAGEN MORANGO	400GX2PRES			1 UNx70.14	70.14
Desconto							-3.34
TOTAL DE ITENS						1	66.80
VALOR TOTAL R\$							66.80
Dinheiro							66.80

T R O C O R\$: 33.20

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA ANA, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 3,34

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DE R\$ 200.40*.
ATTN:JA R\$ 500.00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE
OURO.

ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB
ILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M
AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 002.***.***-18
Operador: 97918 Vendedor: 97918
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000050648 Série 003 Emissão 22/09/2018 19:23:38
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
https://www.sefaz.rr.gov.br/nfce/servlet/up_consulta_nfc

CHAVE DE ACESSO
1418 0906 6262 5308 3855 6500 3000 0506 4810 0002 4091

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via Leitor QR Code



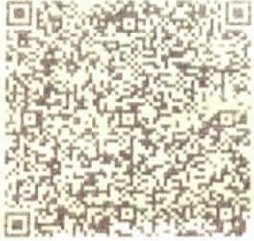
Protocolo de Autorização: 314180040967991

DE VENDA NO PREÇO LÍQUIDO CNPJ: 08.042.027/0003-07
AVENIDA GENERAL ATAÍDE TEIVE, 4803, ASA BRANCA,
3º andar, RR

Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

QTD	DESCRIÇÃO	QTD UN	VL UN	VL TOTAL
1	LENCO UMED MILI 450UND ROSA BALDE	1	15,90	15,90
	Desconto	-4,91		10,99
07896104996065	LENCO UMED MILI 450UND AZUL BALDE	1	15,90	15,90
	Desconto	-4,91		10,99
07896104996065	LENCO UMED MILI 450UND AZUL BALDE	1	15,90	15,90
	Desconto	-4,91		10,99
07896104996027	LENCO UMED MILI 450UND ROSA BALDE	1	15,90	15,90
	Desconto	-4,91		10,99
QTD TOTAL DE ITENS				4
VALOR TOTAL R\$				63,60
DESCONTOS R\$				-19,64
VALOR A PAGAR R\$				43,96
Dinheiro				50,00
TROCO R\$				6,04

EMISSION NORMAL
Número: 122489 Série: 1
Emissão: 30/06/2018 11:12:05 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.sefaz.rj.gov.br/nfce/servlet/ap.consulta.nfce>
1418 0684 0420 2700 0307 0500 1000 1224 6912 4659 -387
Protocolo de Autorização: 31418002857835
Data de autorização: 30/06/2018 11:12 09
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



NOS: C466750BCA18C2D901F2DB8E1A19888E
214 - GILVANE PEREIRA ROZA
Val Aprox Tributos R\$16,08 (36,58%) Fonte IBPT
VGCE ECONOMIZOU.....: R\$ 19,64
Balco: 214 N.Controle:372187
AGRADECEMOS A PREFERENCIA
VOLTE SEMPRE
Informações dos Tributos Totais Incidentes: (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 16,08



ATACADÃO S.A.
AV. BRASIL, 2516
CENTENARIO - BOA VISTA - RP
CNPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548
24/05/2018 12:28:23 TRANSACAO: 62603

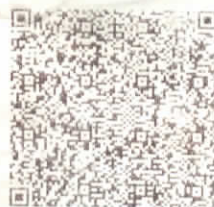
DANFE NFC e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Não Permite aproveitamento de credito de ICMS

Item	Cod	Descricao	Qtd	Un	VirUnit	VirTot
39632916		FILE PEITO FGO SERRA	1	X1kg		
1	BDJ	X	9,49			9,49
57559900		COXA FGO BDJ SADIO	1	X1kg		
1	BDJ	X	6,29			6,29
23286845		DVD PVG GDE VERMELHO	1	X30UND		
1	BDJ	X	11,19			11,19
37387935		CAFE BRASILEIRO ALME	1	X250G		
2	PCT	X	3,89			7,78
42909966		COMP LACTEO DOBON	1	X400G		
1	UND	X	6,09			6,09
48120959		SACO LIXO TUBA TOGLER	1	X25UND		
2	UND	X	15,90			31,80
29331985		DEI.LPO GUARANI	1	X500G		
4	UND	X	1,55			6,20
51979910		ONIA INF JOHNSONS	1	X200ML		
1	UND	X	20,90			20,90
53233133		FRALDA GER CONFORT M	9	X8UND		
2	FDO	X	125,10			250,20
36301937		PAPEL HIG.NEVE	1	X15R30M		
1	UND	X	21,89			21,89
36581963		LENCO UMED.COTONELA	1	X450UND		
1	UND	X	12,50			12,50
QTD TOTAL DE ITENS						17
VALOR TOTAL R\$						384,33
CARTÃO DE PAGAMENTO						384,33

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)
/In.Aprox.Tributos: Federal R\$68,65 (17,86%)
/In.Aprox.Tributos: Estadual R\$65,66 (17,08%)
Fonte: IBPT

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 000079526 Serie: 505
Emissao: 24/05/2018 12:28:23
Consulte a Chave de Acesso em <https://www.sefaz.sp.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx>
CHAVE DE ACESSO
14180575315333017931655050000795261048579170

CONSUMIDOR
CPF/CNPJ ID Estrangeiro 00052591257



ISA ELECTRON NAO
000022-XXXX1308
EBITO A VISTA VALOR 384,33
07900057151377 DOC:248246182 (S1ef)

CPITax - Al 13.000 - Uniao Brasil Ltda

610-002 VERSAO: 16.05 PDV: 005 LQ: 1.0
PR: 000188512Antena 24/05/2018
GCI/PROCI/DADE

Nota Recebida Serial: ATACADÃO S.A.

Para uso em ECF
Papel To



ATACADAO S.A.
IV BRASIL, 2516
CENTENARIO - BOA VISTA - RR -
CNPJ: 75.315.333/0179-31 IE: 240280548
09/06/2018 21:15:00 TRANSMISSÃO: 34300

DANFE NFC e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao Permite aproveitamento de credito de ICMS

Item	Cod	Descricao	Qtde	Un	VirUnit	VirTot
50274979		FRALDA COMFORT G		1X8UND		
5	UND	X	13,50			67,50
27323929		HASTES COTONELA		1X75UND		
1	UND	X	0,89			0,89
27323929		HASTES COTONELA		1X75UND		
3	UND	X	0,89			2,67
33063990		SCD PICOTADO 20X28		1X500UND		
1	UND	X	8,20			8,20
16501921		AMAC.YPE		1X5L		
1	UND	X	16,90			16,90
58106946		DET.PO GUARANI		1X5Kg		
1	UND	X	15,90			15,90

QTD. TOTAL DE ITENS 12
VALOR TOTAL R\$ 112,06
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
Dinheiro 112,06

Informacao dos Tributos Totais e Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)
/Ir.Aprox.Tributos: Federal R\$21,50 (19,19%)
/Ir.Aprox.Tributos: Estadual R\$19,05 (17,00%)
Fonte: IBPT.

AREA DE MENSAGEM FISCAL
Numero: 000057245 Serie: 522
Emissao 09/06/2018 21:15:00
Consulte a Chave de Acesso em [https://www.sefaz
rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx](https://www.sefaz.rs.gov.br/NFCE/NFCE-COM.aspx)
CHAVE DE ACESSO
14180675315333017931655220000572451048579178

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.13.c00 - Unisys Brasil Ltda.

1610-CR2 VERSAO:16 05 PDV:022 LJ:179
/PR:000200940Diego 09/06/2018 21:15:00
RECIPROCIDADE

Nova Razao Social: ATACADAO S.A.



COMERCIO DE MEDICAMENTO BOA VISTA
CNPJ 19.131.110/0002-00 IE:240255082
RUA ESTRELA DALVA- 637- RAIAR DO SOL
BOA VISTA, RR

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de credito de ICMS

Código Descrição	Qtde	Un	VI Unit	VI Desc	VI Total
31019266 FR CONFORT MASTER G. ECON G 30	6	PC	67.05	48,36	353,94
Qtd Total de Itens					1
VALOR TOTAL R\$					353,94
DESCONTO TOTAL R\$					48,36
FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$	
Dinheiro					353,94
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741 /2012)					177,22
Trib Fed. 47.60 Trib Est. 60.17 Trib Mun. 0.00 Trib Imp. 69.44					
Fonte					
IBPT					
N.º 000057733 Serie 1					10/09/2018 10:28:34
Consulte pela Chave de Acesso em					
CHAVE DE ACESSO					
1418 0919 1311 1000 0200 6500 1000 0577 3310 0038 5890					
CONSUMIDOR					
Consumidor não informado					
Consulta via leitor de QR Code					
					
Protocolo de Autorização: 314180039012099					

