




<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>TRANSMEP</b> CNPJ: 0538824000102 - IE: 116531118112 Endereço: RUA ITAQUERI, 493 Bairro: MOOCA Município: SAO PAULO - UF: SP FONE: 1132188060 E CEP: 03178-000		<b>DACTE</b> Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico			<b>MODAL</b> Rodoviário	
<b>TIPO DO CT-E</b> Normal		<b>TIPO DO SERVIÇO</b> Normal		<b>MODELO</b> 57		
<b>TOMADOR DO SERVIÇO</b> Remetente		<b>FORMA DE PAGAMENTO</b>		<b>SÉRIE</b> 5		
<b>CFOP. NATUREZA DA PRESTAÇÃO</b> 6351 PREST. SERV. TRANSP. DESTINADA AS PRESTACOES D		<b>ORIGEM DA PRESTAÇÃO</b> SAO PAULO SP		<b>NÚMERO</b> 144873		
<b>REMETENTE</b> SMK DISTRIB DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS LTDA EPP RUA COTOXO, 303, CONJUNTO 35, PERDIZES , PERDIZES SAO PAULO CEP 05021-000 28.347.519/0001-60 INSC. ESTADUAL 118369595114 SAO PAULO FONE 1138712475		<b>DESTINATÁRIO</b> MARIELENE CONTRERA DE AZEVEDO RUA CARLOS BORGES, 317, VILA ATALAIÁ CAMBE CEP 86181-560 018.795.339-28 INSC. ESTADUAL SAO PAULO FONE 41998959574		<b>FL</b> 1/1		
<b>EXPEDIDOR</b> ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF		<b>RECEBEDOR</b> ENDEREÇO MUNICÍPIO CNPJ / CPF UF		<b>DATA E HORA DE EMISSÃO</b> 24/09/2022 07:39:00		
<b>TOMADOR DO SERVIÇO</b> SMK DISTRIB DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS LTDA EPP RUA COTOXO, 303, CONJUNTO 35, PERDIZES SAO PAULO FONE 1138712475 28.347.519/0001-60 INSC. ESTADUAL 118369595114		<b>DESTINO DA PRESTAÇÃO</b> CAMBE PR		<b>CONTROLE DO FISCO</b>  		
<b>PRODUTO PREDOMINANTE</b> MEDICAMENTOS		<b>OUTRAS CARACTS. CARGA</b>		<b>Chave de acesso para consulta de autenticidade no site</b> www.cte.fazenda.gov.br 35220905388824000102570050001448731005705779		
<b>PESO BRUTO (Kg)</b> 8,00		<b>PESO BASE CALC. (Kg)</b> 8,00		<b>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b> 135226190280244 24/09/20 07:39:10		
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO</b> 185,83		<b>VALOR A RECEBER</b> 185,83		<b>INSC. SUFRAMA DO DESTINATÁRIO</b>		
<b>INFORMAÇÕES RELATIVAS AO IMPOSTO</b>		<b>SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA</b> 00 - Tributação normal ICMS		<b>BASE CÁLCULO</b> 185,83		
<b>ALIQ. ICMS</b> 12		<b>VALOR ICMS</b> 22,30		<b>%RED. BASE CALC.</b> 0,00		
<b>ICMS SUEST.</b> 0,00		<b>DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS</b>		<b>TP. DOC</b> NFe Chav		
<b>TP. DOC</b> NFe Chav		<b>CNPJ/CPF EMITENTE</b> 35220928347519000160550010 000015391 604216280		<b>SÉRIE</b> No DOCUMENTO		
<b>OBSERVAÇÕES</b> Local Entrega						

RECEBEMOS DE SMK DIST. DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		<b>NF-e</b> Nº: 000.015.391 Série: 001	
<b>MARIELENE CONTRERA DE AZEVEDO</b>		DATA DO RECEBIMENTO: 26/09	
CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: <i>Marielene de Azevedo</i>		RG: 018395339-20	

<b>EMISSOR: TRANSMEP</b>				<b>DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTOS EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE</b>			
<b>CHEGADA NO CLIENTE</b>		<b>DADOS DO RECEBEDOR</b>		<b>SÉRIE</b> 5		<b>NÚMERO</b> 144873	
<b>DATA:</b> 26/09		<b>NOME:</b> Marielene de Azevedo		<b>DATA E HORA DE EMISSÃO</b> 24/09/2022 07:39:00		<input type="checkbox"/> ENTREGA REALIZADA COM SUCESSO	
<b>HORA:</b> 11:15		<b>OBSERVAÇÕES:</b>		<input type="checkbox"/> CLIENTE AUSENTE		<input type="checkbox"/> CLIENTE MUDOU-SE	
<b>Assinatura</b>		<b>CONTROLE DO FISCO</b>  Chave de acesso para consulta de autenticidade no site 35220905388824000102570050001448731005705779		<input type="checkbox"/> ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO		<input type="checkbox"/> RECUSA DA MERCADORIA	
				<input type="checkbox"/> MERCADORIA AVARIADA			

### Declaração de entrega de medicamento

Declaro para devidos fins que recebi da Unimed Centro Sul Fluminense o(s) item(ns) relacionado(s), que serão utilizados por mim conforme dados abaixo:

Cliente: MARILENE CONTRERA DE AZEVEDO  
Código cartão: 248.0082.000441.01-6  
Tratamento: oral

Medicamento(s): 01 caixa VERZENIOS 150 MG COM 60 comprimidos.

Declaro ainda ter ciência de que o medicamento que ora me foi entregue está em perfeito estado de conservação e uso para utilização, ficando sob minha responsabilidade a guarda do mesmo até o momento de sua efetiva utilização, observadas as instruções de armazenamento contidas na bula.

Declaro ainda, que recebi a orientação quanto ao seu uso e fui informado dos efeitos colaterais que seu uso pode causar, pelo meu médico assistente, dispensando a Unimed de me prestar tal orientação.

Declaro ainda, estar ciente de que no caso de interrupção do tratamento ou não utilização da totalidade fornecida, o medicamento deverá ser devolvido à Unimed Centro Sul Fluminense para o descarte adequado, conforme legislação vigente.

Comprometo-me a informar a Unimed Centro Sul Fluminense a continuidade do tratamento, antes do término da quantidade fornecida, a fim de que haja tempo hábil para nova aquisição.

Por ser verdade, firmo a presente.

Márcia de Azevedo

Responsável retirada / recebimento do material

CPF ou RG: 018395339-28

26 / 09 / 22  
Data

10:15