

CATÁLOGO DE PRODUTOS



Indústria Gráfica

Fone: (47) 3337-6824 - (47) 9 9981-0120

Site: www.graficanorte.com.br

E-mail: pedido@nortegrafica.com

EMITENTE

NOTA FISCAL DE PRODUTOR



NÚMERO DA NFP

SÉRIE:

1ª VIA
DESTINATÁRIO

NATUREZA DA OPERAÇÃO		CFOP	CNPJ OU CPF
----------------------	--	------	-------------

DATA LIMITE PARA EMISSÃO:

DESTINATÁRIO		CNPJ OU CPF	
NOME/ RAZÃO SOCIAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO			
MUNICÍPIO	UF	CEP	FONE/ FAX

DATA DA EMISSÃO
DATA DA SAÍDA/ENTRADA
HORA DA SAÍDA

DADOS DO PRODUTO					
DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTA ICMS

CÁLCULO DO IMPOSTO	GUIA DE RECOLHIMENTO (CÓDIGO DO AGENTE ARRECADADOR E DATA)	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
		VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/ RAZÃO SOCIAL		FRETE P/CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

NORTE INDÚSTRIA GRÁFICA LTDA, Rua Pérola do Vale, 55 - Sala 01 - Itoupava Central - Blumenau - SC - CNPJ 18.486.182/0001-18 - Inscr. Est. 257.112.227 - 2.000 X 5 - Nº 003.501 À 005.500 - N.F.d.P. - "Ajuste SINIEF 09/97" - 09/2025.

DADOS ADICIONAIS	Nº DO CONTROLE DO FORMULÁRIO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

RECEBEMOS DE		OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO PRODUTOR	NOTA FISCAL DE PRODUTOR
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	DATA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			

1ª VIA
DESTINATÁRIO

2ª VIA
ARQUIVO FISCAL

3ª VIA
FISCO DESTINO

4ª VIA
FISCO ORIGEM

5ª VIA
PREFEITURA

NOTA FISCAL DE PRODUTOR RURAL - FORMULÁRIO CONTÍNUO EM 4 VIAS

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO FORMULÁRIO:

- Tipo: Formulário contínuo para impressoras matriciais;
- Dimensões por via: 28 cm (largura) x 24 cm (altura);
- Número de Vias: 4 vias autocopiativas (químicas);
- Sequência de Cores (padrão): 1ª via: Branca (original), 2ª via: Amarela, 3ª via: Azul, 4ª via: Rosa, (Obs.: a sequência pode variar conforme disponibilidade gráfica);
- Acabamentos:
 - Serrilhas laterais (remalinas) para tração na impressora;
 - Micro-serrilhas horizontais entre os jogos de notas para facilitar o destaque limpo e preciso; *ESPECIFICAÇÕES DE IMPRESSÃO (GRÁFICA RESPONSÁVEL):*
- Impressão: 1x0 (uma cor, geralmente preta);
- Resolução Mínima: 300 dpi (pontos por polegada);
- Tecnologia: Impressão Offset ou digital compatível com formulários fiscais;
- Informações obrigatórias na impressão:
 - Numeração sequencial individual;
 - Dados completos do emitente: Nome, CPF ou CNPJ, Inscrição Estadual (CAD/PRO), Endereço;
 - Dados da gráfica (em rodapé), conforme exigido pela legislação;
 - Layout deve seguir o modelo oficial autorizado pela SEFAZ/PR (com base na AIDF válida);

QUANTIDADE E EMBALAGEM:

- Quantidade por caixa: 500 jogos (cada jogo contendo 4 vias);
- Total de folhas por caixa: 2.000 folhas;
- Embalagem: Caixa de papelão reforçada, lacrada, com proteção contra umidade e impactos; *REQUISITO LEGAL PARA PRODUÇÃO:*
- Obrigatório: Apresentação da AIDF (Autorização para Impressão de Documentos Fiscais) válida, emitida pela SEFAZ-PR em nome do produtor rural solicitante;
- A nota fiscal impressa deverá estar em conformidade com as exigências legais do Estado do Paraná;

GARANTIA E CONFORMIDADE:

- Garantia mínima: 3 (três) meses contra defeitos de fabricação;
- O material deverá ser fornecido com perfeita funcionalidade, compatível com impressoras matriciais e conforme os padrões fiscais vigentes.

Produto: NOTIFICAÇÃO DE RECEITA RETINÓIDES
Formato: 200 x 80mm
Papel: Off-Set 75gr
Quantidade de folhas: 1x20
Cores: 1X0 (Preto)
Observação: Talão com cola de lombada + capa e contra-cap

200 mm				
NUMERAÇÃO TIPOGRÁFICA	<div>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Reconhecimento)</div> <div>UF MS NÚMERO 000000</div>	<div>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</div> <div>CEM - Centro Especializado Municipal</div> <div>????????????????</div>	<div>ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA</div> <div>Nome</div> <div><input type="checkbox"/> Isotretinoína</div> <div><input type="checkbox"/> Tretinoína</div> <div><input type="checkbox"/> Acitretina</div> <div>Posologia</div>	<div></div> <div>GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.</div>
	<div>Data ____ de ____ de ____ Paciente: _____</div> <div>Idade: _____ Sexo: _____</div> <div>Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/></div> <div>Assinatura _____ Endereço: _____</div>			
COLA DE LOMBADA	<div>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</div> <div>Nome: _____</div> <div>Endereço: _____</div> <div>Identidade Nº _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____</div>		<div>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</div> <div>Nome do Vendedor _____</div> <div>Data ____ / ____ / ____</div>	
	<div>NORTE INDÚSTRIA GRÁFICA LTDA. Rua Pérola do Vale, 55 - Sala 01 - Itoupava Central - Blumenau - SC - CNPJ 18.486.182/0001-18 - Inscr. Est. 257.112.227 Requisição da Notificação de Receita Nº 51/2023 - 220 BIs - 50x1- Numeração de 124201 à 135200 - Série A - Notificação de Receita Retinóides em 28/08/2023.</div>			

AIDF (AUTORIZAÇÃO VISA)
ALTERA A CADA PRODUÇÃO

Produto: NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2
Formato: 200 x 80mm
Papel: Super Bond 75gr
Quantidade de folhas: 1x20
Cores: 1X0 (Preto)
Observação: Talão com cola de lombada + capa e contra-cap

200 mm

NUMERAÇÃO TIPOGRÁFICA

80 mm

COLA DE LOMBADA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS

09. 003001

B2

_____ DE _____ DE _____

PACIENTE - NOME: _____

ASSINATURA DO EMITENTE _____

ENDEREÇO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. ???????????
CEP 08000-000
Fone/Fax: (54) 9999-9999

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR _____

DATA: ____/____/____

NORTE INDÚSTRIA GRÁFICA LTDA. Rua Pérola do Vale, 55 - Sala 01 - Itoupava Central - Blumenau - SC - CNPJ 18.486.182/0001-18 - Inscr. Est. 257.112.227
100 Blocos - 2x50 - Numeração 09.003001 à 09.008000 - Autorização Emitida pela VISA 07/2024 em 18/04/2024.

AIDF (QUANTIDADE DE BLOCOS + NUMERAÇÃO + AUTORIZAÇÃO VISA +)
ALTERA A CADA PRODUÇÃO

Produto: Formulário Contínuo Liso

Formato: 245 x 305mm

Papel: Off-Set 120gr Branco

Observação:

- Folhas com numeração tipográfica (à definir pelo cliente início e local)
- Sem picote

Nº 000001

NUMERAÇÃO
TIPOGRÁFICA
(INICIAL)

REMETENTE

Norte Indústria Gráfica Ltda

Rua: Pérola do Vale, 55 - sala 01

Bairro: Itoupava Central - Blumenau - SC

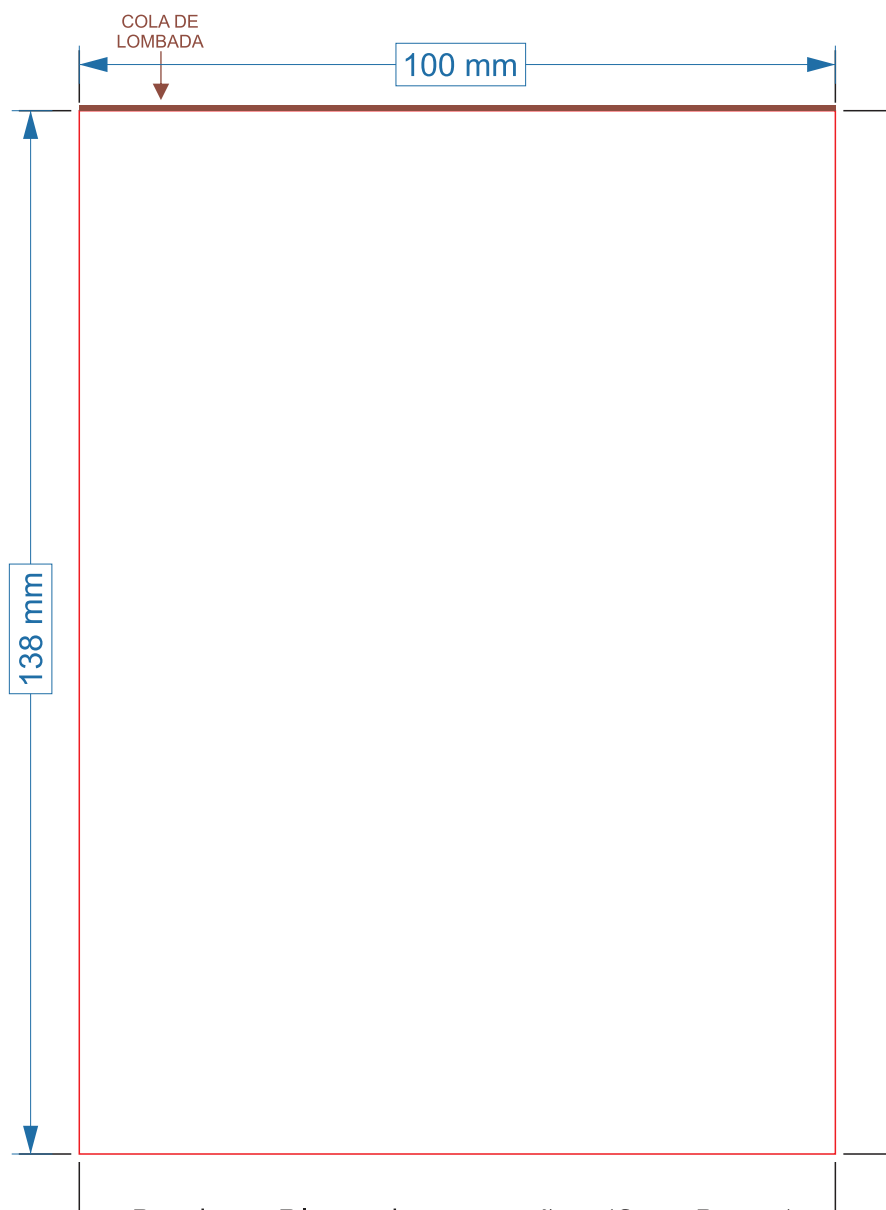
CEP: 89.062-212 - CNPJ: 18.486.182/0001-18

DESTINATÁRIO

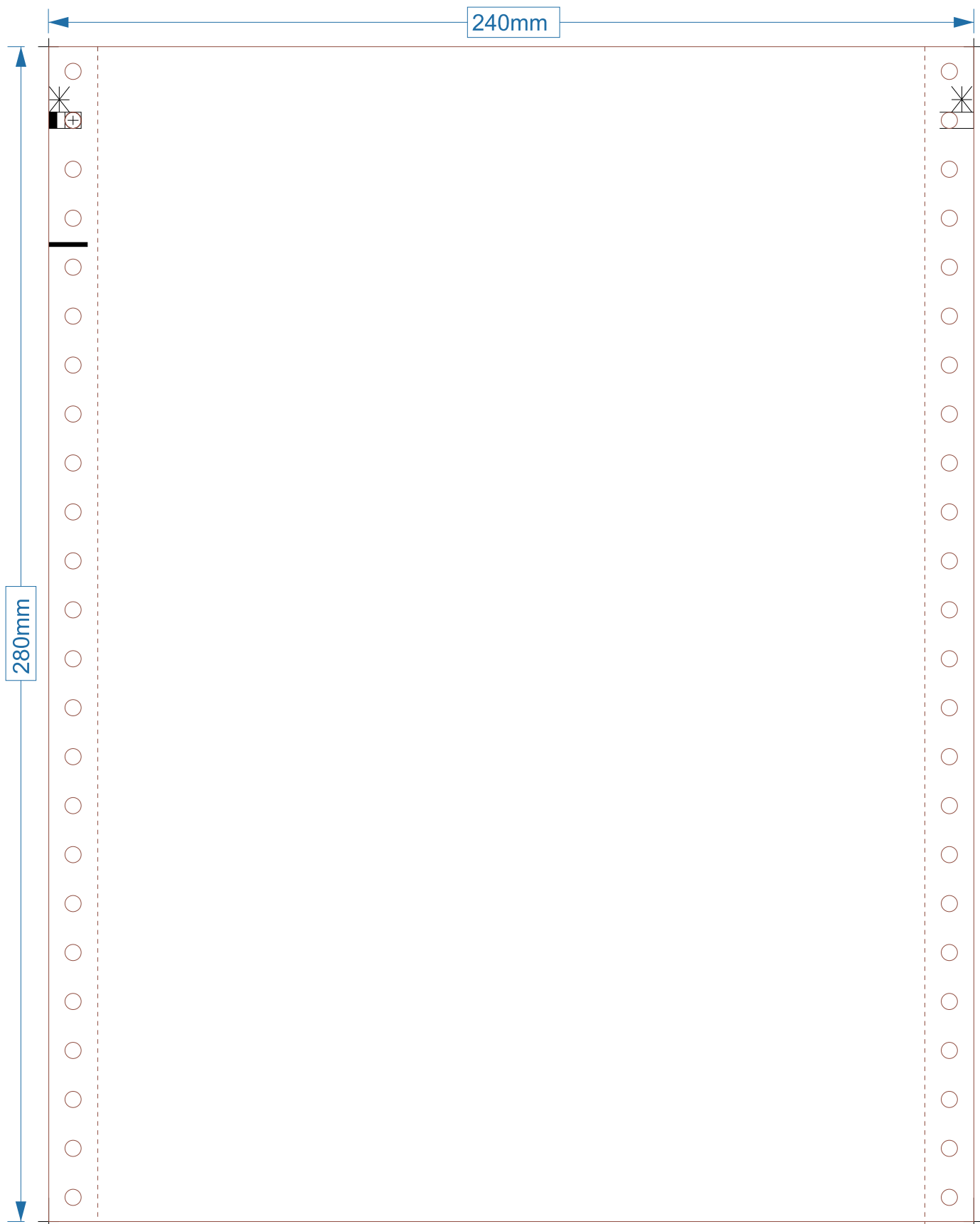
Produto: NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
Formato: 259 x 102mm
Papel: Super Bond Azul 75gr
Quantidade de vias: 01x50
Cores: 1x0 (Preto)
Observação: Grampos + Serrilha de picote + Capa e contra capa (papel Kraft 90gr)

NUMERAÇÃO TIPOGRÁFICA.		259 mm		
GRAMPOS 102 mm	NORTE Indústria Gráfica FONE/FAX: (47) 3337-6824	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO SC 24 877751 24134	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Fundo Municipal de Saúde - XXX CNPJ: 99.999.999/0001.99 Rua XXXXXX XXXX, 120 Bairro XXXX XXX - CEP 99999-990 Fone: (99) 9999-9999 - XXXXXX - SC	Medicamento ou Substância
		Data: ____/____/____	Paciente: _____	Quantidade e Forma Farmacêutica
		Paciente: _____	Endereço: _____	Dose por Unidade Posológica
		Medicamento: _____	Assinatura do Emissor	Posologia
Código 9304		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade Nº _____ Órgão Emissor: _____	CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____	Código 9304
SERRILHA		AIDF ALTERA EM CADA PRODUÇÃO		

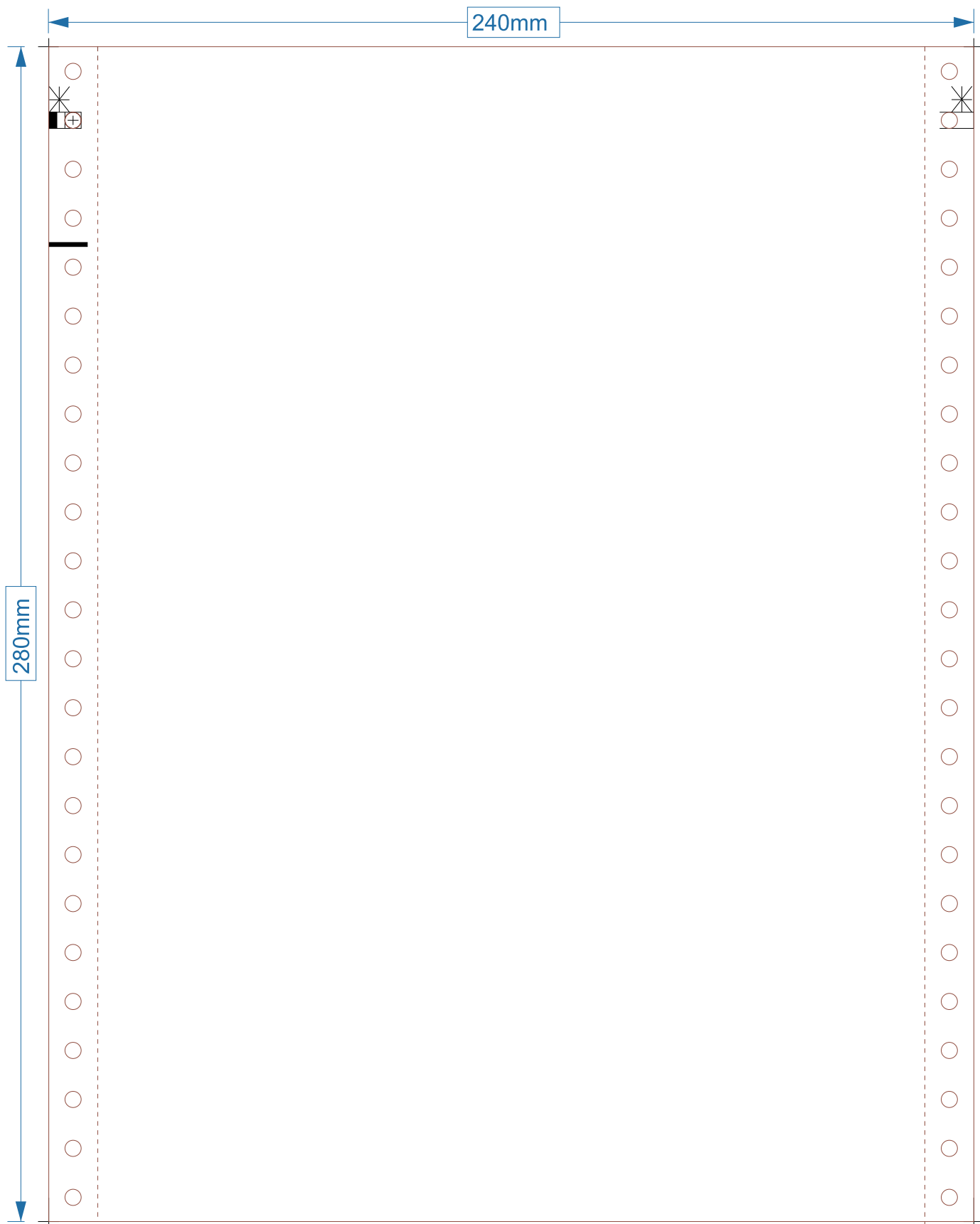
NORTE INDÚSTRIA GRÁFICA LTDA, Rua Pérola do Vale, 55 - Sala 01 - Itoupava Central - Blumenau - SC - CNPJ 18.486.182/0001-18 - Inscr. Est. 257.112.227
500 Blocos - 1x50 - Numeração de 99.999999.99 à razão de 99.999999.99 - Autorização VISA 99999/2023 - Notificação de Receita B em 02/06/2023.



Produto: Bloco de anotações (Sem Pauta)
Formato: 100 x 138mm
Papel: Off-Set 63gr
Quantidade de folhas: 1x50
Cores: Sem impressão
Observação: Bloco



1ª via - Papel Off Set 63gr



Arte para Braille (Sistema de escrita e leitura para deficientes visuais)
Papel OFF SET (Branco) 120gr

Produto: Flyer
Formato: 210 x 150mm
Papel: Off-Set 75gr
Quantidade de vias: 01
Cores: 4x0 (CMYK)
Observação: Folha Solta

150 mm



**13 ANOS DE
SUCESSO
PEÇA SEU
ORÇAMENTO**

Sua melhor impressão



NOTA FISCAL DE PRODUTOR • NOTA FISCAL DE CONTIGÊNCIA

DANFE (NF-e) • PAPEL CARTA • DUPLICATA • LISTAGEM

FOMULÁRIO BRAILE • 80 COLUNAS / RAZÃO

ETIQUETA ADESIVA • TAG'S • ENVELOPE • FOLDER'S

CARTÃO DE VISITA • PASTA PARA DOCUMENTOS

BLOCOS EM GERAL.

NORTE Indústria Gráfica LTDA

Rua Pérola do Vale, 55 - Sala 01 - Itoupava Central
CEP 89062-212 - Blumenau - Santa Catarina
Fone: (47) 3337-6824 (47) 99981-0120

pedido@nortegrafica.com

210 mm

Produto: Bloco Comanda
Formato: 75 x 105mm
Papel: Off-Set 63gr
Quantidade de vias: 01x50
Cores: 1x0 (Azul)
Observação: Bloco

75 mm

COLA DE LOMBADA

Comanda Data: ____/____/____

____ Mesa ____ Garçom

105 mm

PADARIA E CAFETERIA

Produto: Etiqueta Rótulo de Soro
Formato: 75 x 80mm
Papel: Adesivo 75gr
Quantidade de vias: 01
Cores: 1x0 (Preto)
Observação:

75 mm

80 mm

IDENTIFICAÇÃO DE SOLUÇÃO

Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____

Enf./Leito: _____ Data: ____/____/____

SG 5% _____ ml

SG 10% _____ ml

SSI 0,9 % _____ ml

_____ ml

Componentes: _____

Gotas/min: _____

Horário Inicial: _____ Término: _____

Funcionário: _____

08020015-0

COLA DE LOMBADA

140 mm

200 mm

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

X X X X X

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Carimbo do Médico

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

VÁLIDO SOMENTE NO ESTADO DO PARANÁ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</div> <div style="padding: 5px;">CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; margin-top: 5px;">X X X X X</div><div style="margin-top: 10px; font-family: monospace; font-size: small;">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</div></div>	<div style="text-align: right; font-size: x-small; margin-bottom: 10px;">COLA DE LOMBADA ↓</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Carimbo do Médico</div><div>1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE</div></div>
<div>Paciente: _____ _____</div> <div>Endereço: _____ _____ _____</div> <div>Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</div>	
<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</div> <div style="padding: 5px;">Nome: _____ _____ Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ Endereço: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____</div>	<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</div> <div style="height: 150px; border: 1px solid black; position: relative;"><div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px; text-align: center;">Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____</div></div>
VÁLIDO SOMENTE NO ESTADO DO PARANÁ	

Produto: Bloco de Termo de Apreensão
Formato: 198 x 138mm
Papel: Autocopiativo (1ª via 54gr (Branco)
Autocopiativo (2ª via 53gr (Rosa)
Autocopiativo (3ª via 51gr (Verde)

Quantidade de vias: 03 x 50

Cores: 1x0 (Preto)

Observação: Grampos + Serrilha de picote + Capa e contra capa (papel Kraft 90gr)

Diagrama de um bloco de termo de apreensão (Branco). O formato é 198 x 138 mm. A largura da área de preenchimento é 72 mm, e a altura é 103 mm. O formulário contém:

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA
FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

TERMO DE APREENSÃO Nº SFM 000001

LOCAL: _____

ATUANTE(S): FISCAL(S) DE SERVIÇOS PÚBLICOS E _____

DETERMINADA A APREENSÃO DO MATERIAL ABAIXO DISCRIMINADO E ENCONTRADO NO PODER DE _____, DE ACORDO COM: _____, (DISPOSITIVO(S) VIOLADO(S)).

AGRAVANTE(S): _____

MATERIAL

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

TOTAL: _____

OBSERVAÇÃO: _____

FLORIANÓPOLIS, ____/____/____. HORÁRIO: ____:____:____.

FISCAL: _____

INFRATOR: _____

Prazo para apresentação de DEFESA: 15 dias. Processo de Pedido de Cancelamento: protocolar no Sistema de Registro com o Cidado PRO-CIDADO-1.

Diagrama de um bloco de termo de apreensão (Rosa). O formato é 198 x 138 mm. A largura da área de preenchimento é 72 mm, e a altura é 103 mm. O formulário contém:

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA
FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

TERMO DE APREENSÃO Nº SFM 000001

LOCAL: _____

ATUANTE(S): FISCAL(S) DE SERVIÇOS PÚBLICOS E _____

DETERMINADA A APREENSÃO DO MATERIAL ABAIXO DISCRIMINADO E ENCONTRADO NO PODER DE _____, DE ACORDO COM: _____, (DISPOSITIVO(S) VIOLADO(S)).

AGRAVANTE(S): _____

MATERIAL

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

TOTAL: _____

OBSERVAÇÃO: _____

FLORIANÓPOLIS, ____/____/____. HORÁRIO: ____:____:____.

FISCAL: _____

INFRATOR: _____

Prazo para apresentação de DEFESA: 15 dias. Processo de Pedido de Cancelamento: protocolar no Sistema de Registro com o Cidado PRO-CIDADO-1.

Diagrama de um bloco de termo de apreensão (Verde). O formato é 198 x 138 mm. A largura da área de preenchimento é 72 mm, e a altura é 103 mm. O formulário contém:

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA
FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

TERMO DE APREENSÃO Nº SFM 000001

LOCAL: _____

ATUANTE(S): FISCAL(S) DE SERVIÇOS PÚBLICOS E _____

DETERMINADA A APREENSÃO DO MATERIAL ABAIXO DISCRIMINADO E ENCONTRADO NO PODER DE _____, DE ACORDO COM: _____, (DISPOSITIVO(S) VIOLADO(S)).

AGRAVANTE(S): _____

MATERIAL

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

TOTAL: _____

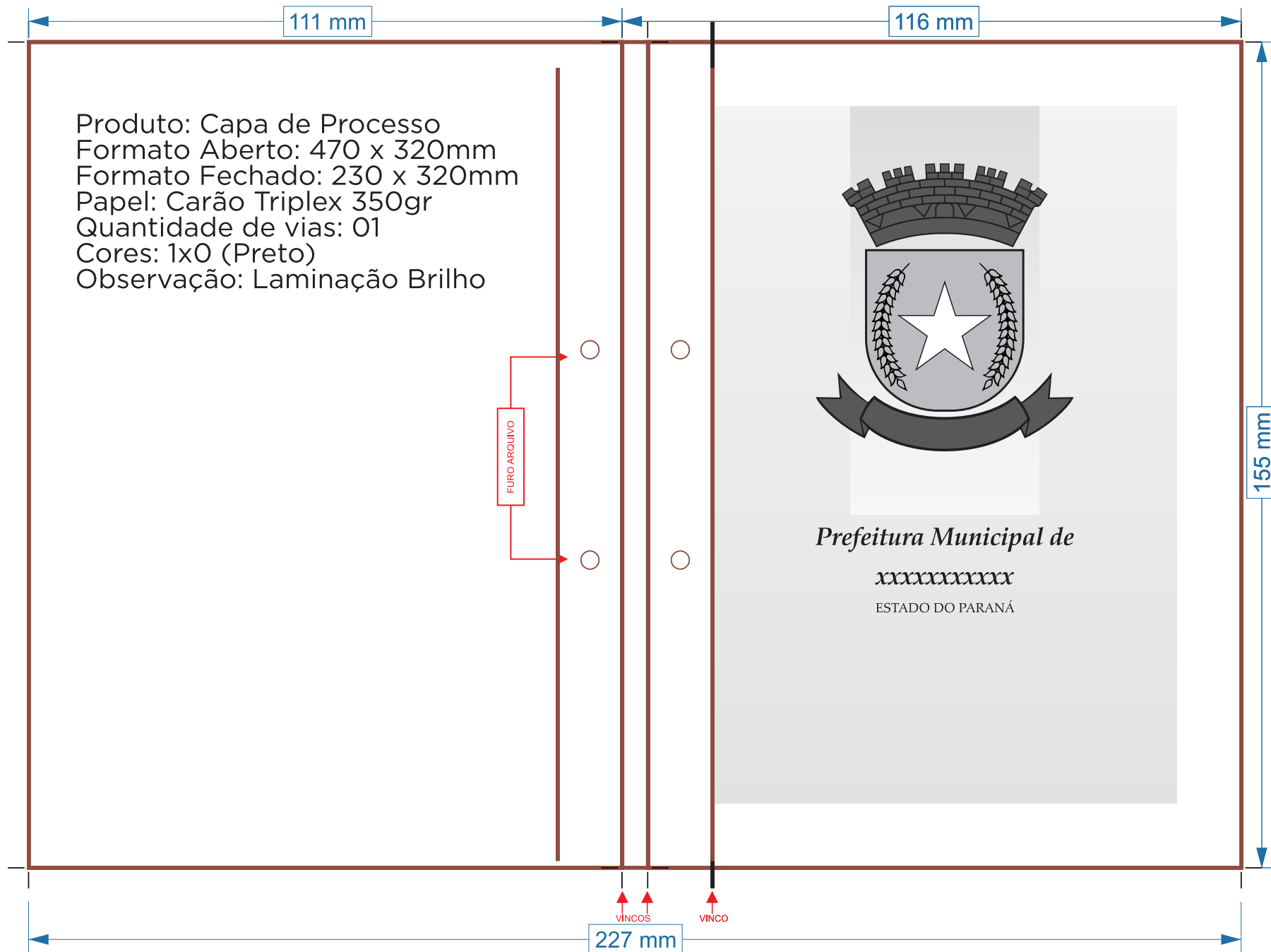
OBSERVAÇÃO: _____

FLORIANÓPOLIS, ____/____/____. HORÁRIO: ____:____:____.

FISCAL: _____

INFRATOR: _____

Prazo para apresentação de DEFESA: 15 dias. Processo de Pedido de Cancelamento: protocolar no Sistema de Registro com o Cidado PRO-CIDADO-1.





Produto: Papel Timbrado A4
Formato: 210 x 297mm
Papel: Off-Set 75gr
Quantidade de vias: 01
Cores: 4x0 (CMYK)
Observação: Folha Solta - Pacote c/500