DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

[X] 1 - SAÍDA [ ] 2 - ENTRADA

N 10099

SÉRIE 1

Chave de Acesso

5226 0512 9023 8200 0128 5500 1000 0100 9911 3601 0098

DADOS DA OPERAÇÃO

Natureza da Operação	Inscrição Estadual do Substituto
VENDAS	

REMETENTE

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF
MB VARIEDADES LTDA EPP			**12.902.382/0001-28**
Endereço	**Bairro/Distrito**		**CEP**
AV. SOL NASCENTE QD.106 LT.3, 780	**JD. NOVA ESPERANCA**		**74.465-440**
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Inscrição Estadual**
GOIANIA	**(06)2394-1663**	GO	**104863501**

DESTINATÁRIO

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF	Data Emissão
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CHAPADAO DO CEU			**07.729.810/0001-22**	**26/05/2026**
Endereço	**Bairro/Distrito**		**CEP**	**Data de Saída/Entrada**
AV. EMA S/N QD.51, 0, S/C	**CENTRO**		**75.828-000**	**26/05/2026**
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Inscrição Estadual**	
CHAPADAO DO CEU	**(06)4363-4122**	**GO**		

DADOS DO PRODUTO

Cód. Prod.	Descrição do Produto	CST	Unid.	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Alíquota
5796	MICROPIPETA VOLUME FIXO 10UL	000	UND	1,000	72,70	72,70	0,00
7667	MICROPIPETA VOLUME FIXO 20UL	000	PC	1,000	72,80	72,80	0,00
7668	MICROPIPETA VOLUME FIXO 25UL	000	PC	1,000	72,70	72,70	0,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS Substituição	Valor Total dos Produtos
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**218,20**
Valor do Frete	**Valor do Seguro**	**Outras Despesas Acessórias**	**Valor do IPI**	**Valor Total da Nota**
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**218,20**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Nome/Razão Social	Frete por Conta	Placa do	UF Veículo	CNPJ/CPF
TOP LUZ TRANSP. LOG.	[ ] 1 - do Remetente [ ] 2 - do Destinatário			**07.723.713/0006-37**
Endereço	**Município**	**UF**	**Inscrição Estadual**	
AV. PERIMETRAL NORTE	**GOIANIA**	**GO**		

Quantidade	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto	Peso Líquido
1,000	**CAIXA**			**5,000**	**5,000**

DADOS ADICIONAIS

Município/UF de Origem do Serviço de	Valor do ICMS Sobre o Serviço de	Alíquota do ICMS sobre Serv.	Número da RD-8	Numr. Processamento DARE
GOIANIA-GO				

Nome do Requisitante	CPF do Requisitante	Matr. Funcionário Emitente	Nome Funcionário Emitente

Assinatura do Requisitante

Reservado ao Fisco

Informações

-ORDEM FORNECIMENTO/SERVICOS 123823 - PE-104/2025 MATERIAL LABORATORIO OS MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NESTA NOTA FISCAL POSSUEM RASTREABILIDADE E FORAM ADQUIRIDOS DE FORMA LICITA E AUTENTICA, CONFORME O ART. 7- DA RDC 430 DE 8 OUTUBRO DE 2020 DADOS BANCARIOS: AG.0001 C/C. 916215536-5 NUBANK CHAVE PIX: MBVARIEDADESLTDA@GMAIL.COM

GERENCIADOR CAIXA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 16/06/2026 às 10:11:09

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

CPF/CNPJ: 07.729.810/0001-22

Conta Origem: 04340/3703.000574427143-7

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00916215536-5

CPF/CNPJ: 12.902.382/0001-28

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: MB VARIEDADES LTDA

Valor: R$ 218,20

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R$ 13,00

Histórico:

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/06/2026

Código da Operação: 10837389

Data da Operação: 12/06/2026

Chave de Segurança: CFCKRPQ521QZ2JZW

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

ANEXO 01

RELATÓRIO FOTOGRÁFICO nota 10099



CICERA JULIANA PERES DE ASSIS MOURA

Fiscal de Contrato