DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

[X] 1 - SAÍDA [ ] 2 - ENTRADA

N 2505

SÉRIE 1

Chave de Acesso

3126 0209 6867 1600 0169 5500 1000 0025 0510 6737 3679

DADOS DA OPERAÇÃO

Natureza da Operação	Inscrição Estadual do Substituto
VENDA DE MERC. REC. DE TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE	

REMETENTE

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF
PROCELA PARTICIPACOES LTDA			09.686.716/0001-69
Endereço	**Bairro/Distrito**		**CEP**
RUA RUA SAO PEDRO DA ALDEIA, 799, GALPAO SALA 1	SERRA DO CURRAL		30.390-021
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Inscrição Estadual**
BELO HORIZONTE	(31)3271-5531	MG	0015371550038

DESTINATÁRIO

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF	Data Emissão
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			07.729.810/0001-22	27/02/2026
Endereço	**Bairro/Distrito**		**CEP**	**Data de Saída/Entrada**
AVENIDA EMA QD 51, S/N	CENTRO		75.828-000	27/02/2026
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Inscrição Estadual**	
CHAPADAO DO CEU	(64)3634-1228	GO		

DADOS DO PRODUTO

Cód. Prod.	Descrição do Produto	CST	Unid.	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Alíquota
004337	HIV 1/2 - 25 TESTES - CASSETES - GT GROUP	000	UND	5,000	52,50	262,50	0,00
004312	HBSAG - 25 TESTES - CASSETE - GT GROUP	000	UND	5,000	35,00	175,00	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	437,50
Valor do Frete	**Valor do Seguro**	**Outras Despesas Acessórias**	**Valor do IPI**	**Valor Total da Nota**
0,00	0,00	0,00	0,00	437,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Nome/Razão Social	Frete por Conta	Placa do	UF Veículo	CNPJ/CPF
TG TRANSPORTES GERAIS E DISTRIBUICAO LTDA (BHZ)	[ ] 1 - do Remetente [ ] 2 - do Destinatário			03.562.929/0001-00

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual
RUA VIANA DO CASTELO, 1007	BELO HORIZONTE	MG	

Quantidade	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto	Peso Líquido
1,000	CX	CAIXA		3,500	3.500,000

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
BELO HORIZONTE-MG				

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

Assinatura do Requisitante

Reservado ao Fisco

Informações

N AFE: 818378-1 N AAS: 2020090494 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. PERMITE APROVEITAMENTO DE CREDITO DE ICMS SEGUNDO ART.23 DA LC123/2006. N?mero do Pedido: 2393 ORDEM DE FORNCIMENTO 121767 N PROCESSO COMPRA 83187 PROTOCOLO COMPRA 18810/25 LICITACAO 104/2025 EMENDA PARLAMENTAR, N 202500042006689 Isenta de retencao de IR (Regime Simples Nacional), conforme Anexo II, III ou IV da Instrucao RF 1234/2012. Dados Bancarios, Banco do Brasil, Ag: 1614-4, CC: 10.242-3 Cond.Pagto.: 30 DIAS - Forma Cobranca: DEPOSITO BANCARIO; NAO INCIDENCIA DO ICMS ST- CONFORME PORTARIA SUTRI N 725 DE 09 MARCO DE 2018

GERENCIADOR CAIXA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/04/2026 às 14:17:03

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: 001/1614/00000010242-3

CPF/CNPJ: 09.686.716/0001-69

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: PROCELA PARTICIPACOES EIRELI

Valor: R$ 437,50

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R$ 13,00

Histórico:

Informações do Pagamento

Data do Débito: 19/03/2026

Código da Operação: 63370659

Data da Operação: 19/03/2026

Chave de Segurança: LFWVNV2UTQ9M2663

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 2505



CICERA JULIANA PERES DE ASSIS MOURA

Fiscal de Contrato