



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3334 / 003 / 00000692-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	STA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	50.320.605/0001-38

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0715 / 00000052196-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AUGUSTO PEDRO ANTONIO CLINICA MEDICA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.421.392/0001-90
<b>Valor:</b>	R\$ 7.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	AUGUSTO PEDRO ANTONI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:34:00

<b>Código da operação:</b>	00160222
<b>Chave de segurança:</b>	PL5YM96JMZNG1EM0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00654

DATA DA EMISSÃO

31/01/2023 07:59:21

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

B49F53DD



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 31/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



**NOME/RAZÃO SOCIAL:**  
AUGUSTO PEDRO ANTONIO CLINICA MEDICA - ME  
**NOME FANTASIA:**  
CLINICA APA  
**ENDEREÇO:**  
RUA NOSSA SENHORA DA PAZ, 116 - VILA AMÉLIA  
**COMPLEMENTO:**

**CPF/CNPJ:**  
19.421.392/0001-90  
**MUNICÍPIO:**  
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
**TELEFONE:**  
(12) 3892-2655

**INSC.MUNICIPAL:**  
25262  
**CEP:**  
11.609-000  
**E-MAIL:**  
apasaudeocupacional@hotmail.com

**SIMPLES NACIONAL:**  
( x ) SIM ( ) NÃO  
**REGIME ESPECIAL:**  
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

**NOME/RAZÃO SOCIAL:**  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
**ENDEREÇO:**  
RUA PADRE B. CHERECK , 15 - CENTRO  
**COMPLEMENTO:**

**MUNICÍPIO:**  
ILHABELA - SP  
**TELEFONE:**  
(12) 3896-1710

**CPF/CNPJ:**  
50.320.605/0001-38  
**CEP:**  
11.630-000  
**E-MAIL:**  
financeiro@santacasailhabela.org.br

**INSC.MUNIC.|ESTADUAL:**  
0 |  
**PAÍS:**  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/03-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

ELABORAÇÃO E MANUTENÇÃO PCMSO CONFORME CONTRATO

\*\*\* FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO \*\*\*

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 7.000,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 7.000,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 140,00
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 7.000,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: ( X ) Prestador ( ) Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.