



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0048 / 00000063866-2
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CLINICA MEDICA RUBENS PROTA
CPF/CNPJ:	05.156.709/0001-02
Valor:	R\$ 11.731,25
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	CLINICA MEDICA RUBEN
Histórico:	

Data de débito:	01/02/2023
Data / Hora da operação:	01/02/2023 15:18:07

Código da operação:	00158153
Chave de segurança:	TQY1HFCMMUG0S5KY

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

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20230131u05156709000102

Número da Nota

00001151

Data e Hora de Emissão

31/01/2023 20:51:16

Código de Verificação

PNJM-WGWW**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **05.156.709/0001-02**Inscrição Municipal: **3.144.457-1**Nome/Razão Social: **CLINICA MEDICA RUBENS PROTA S/C LTDA**Endereço: **R ROMA 00620, CJ 187 - LAPA - CEP: 05050-090**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**CPF/CNPJ: **50.320.605/0001-38**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R PADRE BRONISLAU CHERECK 15 - CENTRO - CEP: 11630-000**Município: **Ilhabela**UF: **SP**E-mail: **DANIEL.CONTABIL@HOTMAIL.COM****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestação de Serviços Médico em Cirurgia realizados no período de 01/01/23 à 31/01/23, sendo:

Plantão P1 (24 horas) - 1 - R\$2.500,00 - Total = R\$2.500,00.

Plantão P2 12 horas (Presencial) - 3,5 - R\$1.500,00 - Total = R\$5.250,00.

Plantão P2 12 horas noite (Disponibilidade) - 3,5 - R\$500,00 - Total = R\$1.750,00.

Plantão P3 12 horas (De Segunda à Sexta) - 2 - R\$1.500,00 - Total = R\$3.000,00.

TOTAL BRUTO = R\$12.500,00**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 12.500,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	187,50	125,00	375,00	81,25

Código do Serviço

04030 - Medicina e biomedicina.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	12.500,00	2,00%	250,00	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Estabelecimento impedido de recolher o ICMS/ISS pelo Simples Nacional, nos termos do § 1º do art. 20 da Lei Complementar nº 123, de 2006.;



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CLINICA MÉDICA RUBENS PROTA S/C LTDA

CNPJ: 05.156.709/0001-02

Banco Itaú

Agência: 0048 - C/c 63866-2

e-mail: clinicamedicarubensprota@hotmail.com - Tel: 11 97563-8210

COMP: 01/2023

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
NOVO CONTRATO CIRURGIA			
PLANTÃO P1 (24 HORAS)	1	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL)	3,5	R\$ 1.500,00	R\$ 5.250,00
PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE)	3,5	R\$ 500,00	R\$ 1.750,00
PLANTÃO P3 12 HORAS (De Segunda a Sexta)	2	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00

TOTAL BRUTO R\$ 12.500,00

COFINS 3,00% R\$ 375,00

IMPOSTOS R\$ 768,75

PIS 0,65% R\$ 81,25

CSLL 1,00% R\$ 125,00

IRRF 1,50% R\$ 187,50

LÍQUIDO R\$ 11.731,25