



## 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>	1741 / 00000048115-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	F E O SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	21.881.472/0001-70
<b>Valor:</b>	R\$ 10.417,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	F E O SERVICIO MEDICO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	02/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	02/01/2023 16:26:58

<b>Código da operação:</b>	00187006
<b>Chave de segurança:</b>	YEJP3LNF26YA67CW

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 CARAGUATATUBA - SP**  
**Secretaria Municipal da Fazenda**

Nº da Nota - Serie  
**0000000031 - E**

Autenticidade  
**0RZP-4Z8P**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão .....: **29/12/2022 16:43:54**  
Competência (Serv.): **12/2022**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **F & O SERVICOS MEDICOS LTDA**  
Nome Fantasia: **F & O SERVICOS MEDICOS**  
CPF/CNPJ.....: **21.881.472/0001-70** IM: **21424** IE: Fone:  
Endereço.....: **VITOR MEIRELLES,99,MARTIM DE SA - CEP:11662600**  
Município.....: **CARAGUATATUBA** UF: **SP** Email:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **50.320.605/0001-38** IM: IE: Fone: **(12) 3896-1710/ (12)**  
Endereço.....: **RUA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15 - CEP : 11630000, CENTRO**  
Município.....: **ILHABELA** UF: **SP**  
Email.....: **santacasa-ilhabela@hotmail.com**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR FLAVIO VANTINI, REFERENTE A COMPETÊNCIA: 12/2022 Período: de 11/11/2022 a 10/12/2022  
Serviços de Endocrinologia (Contrato) QTD.: 111 UNIT: 100,00 TOTAL: R\$ 11.100,00  
DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 516,15  
RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 166,50

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
[caraguatatuba.meumunicipio.online](http://caraguatatuba.meumunicipio.online)

situação de tributacao do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
**401 - Medicina e biomedicina.**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	166,50	72,15	333,00	111,00	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN*

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	11.100,00	2,0000%	222,00	11.100,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 10.417,35**



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

F & O SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME

CNPJ: 21.881.472/0001-70

Banco do Brasil - Ag. 1741-8 C/C 48.115-7

DR. FLÁVIO LUIZ VANTINI

e-mail: phadmcontabil@hotmail.com/ flaviovantini@yahoo.com.br

COMPETÊNCIA: 12/2022

Período: de 11/11/2022 a 10/12/2022

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Serviços de Endocrinologia (Contrato)	111	R\$ 100,00	R\$ 11.100,00
Atendimentos no CRE - 151			
Atendimentos no Centro de Especialidades - 34			

COFINS 3,00%	R\$ 333,00	<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 11.100,00</b>
PIS 0,65%	R\$ 72,15	<b>IMPOSTOS</b>	<b>R\$ 682,65</b>
CSLL 1,00%	R\$ 111,00		
IRRF 1,50%	R\$ 166,50		
		<b>LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 10.417,35</b>