



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4171 / 00013000665-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	GRISOLIA E DALPRAT SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.774.658/0001-53
<b>Valor:</b>	R\$ 17.080,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	GRISOLIA E DALPRAT
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:17:59

<b>Código da operação:</b>	00158056
<b>Chave de segurança:</b>	ZC329MMYVMEH62ZJ

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  
**0000000246 - E**

Autenticidade  
**TNNN-7OQP**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão .....: **31/01/2023 16:18:26**  
Competência (Serv.): **01/2023**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **GRISOLIA & DALPRAT SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE SIMPLES LTDA**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **17.774.658/0001-53** IM: **20011** IE: Fone:**1298177438**  
Endereço.....: **RUA MARANHÃO,97,JARDIM PRIMAVERA - CEP:11660690**  
Município.....: **CARAGUATATUBA** UF: **SP** Email: **contato@versaille.com.br**

**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 referente ao mês 01/2023  
Especialidade de Reumatologia - 140 Consultas - Valor R\$ 18.200,00

**Documento Emitido por Contribuinte Enquadrado no Regime Fixo.**

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	273,00	118,30	546,00	182,00	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	18.200,00	2,0000%	0,00	18.200,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 17.080,70**



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

GRISÓLIA & DALPRAT SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE SIMPLES LTDA

CNPJ: 17.774.658/0001-53

COMPETÊNCIA: 01/2023

Período: de 11/12/2022 a 10/01/2023

DRA. FERNANDA P. DE REZENDE GRISOLIA

e-mail: [financeiromedvida3@gmail.com](mailto:financeiromedvida3@gmail.com) e [fergrisolia@hotmail.com](mailto:fergrisolia@hotmail.com)

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Serviços de Reumatologia	140	R\$ 130,00	R\$ 18.200,00

COFINS 3,00%	R\$ 546,00	<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 18.200,00</b>
PIS 0,65%	R\$ 118,30	<b>IMPOSTOS</b>	<b>R\$ 1.119,30</b>
CSLL 1.00%	R\$ 182,00		
IRRF 1,50%	R\$ 273,00		
		<b>LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 17.080,70</b>