



## 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>	3919 / 00013005852-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KAREN PATRICIA STEPANNY OLIVEIRA SILVA E
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.662.712/0001-98
<b>Valor:</b>	R\$ 16.780,38
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	KAREN PATRICIA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:00:00

<b>Código da operação:</b>	00129988
<b>Chave de segurança:</b>	953V7A464R8S4RF3

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**

20230103058092725800

Número da Nota

**00000029**

Data e Hora de Emissão

**03/01/2023 11:24:36**

Código de Verificação

**NXVV-CAZJ****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **34.662.712/0001-98**Inscrição Municipal: **6.375.559-9**Nome/Razão Social: **KAREN PATRICIA STEPHANNY OLIVEIRA SILVA EIRELI**Endereço: **R SENA MADUREIRA 1246, APT 31 - VILA CLEMENTINO - CEP: 04021-051**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 MÉDICOS REFERENTE A 149HRS DE ATENDIMENTOS UBS NO VALOR DE R\$ 120,00 (POR HORA) REALIZADOS NO PERÍODO DE 11/11 A 10/12/2022 - DEZEMBRO/2022

DRA. KAREN PATRICIA STEPHANNY OLIVEIRA SILVA  
CRM/SP: 152.369

VALOR LÍQUIDO A RECEBER R\$ 16.780,38

DADOS BANCÁRIOS  
BANCO: SANTANDER  
AG: 3919  
C/C: 13.005852-0

CNPJ: 34.662.712/0001-98

RAZÃO SOCIAL: KAREN PATRÍCIA STEPANNY OLIVEIRA SILVA EIRELI ME

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 17.880,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	268,20	178,80	536,40	116,22

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	17.880,00	2,00%	357,60	0,00

Município da Prestação do Serviço

Número Inscrição da Obra

Valor Aproximado dos Tributos / Fonte

R\$ 2.383,40 (13,33%) / IBPT

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2023;



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

**KAREN PATRÍCIA STEPANNY OLIVEIRA SILVA EIRELI ME**

CNPJ 34.662.712/0001-98

BANCO SANTANDER

COMP: 12/2022 11/11/2022 a 10/12/2022

AGÊNCIA: 3919 - C/C 13.005852-0

Dra. Karen Patrícia Stephanny Olveira Silva

e-mail: kren.patricia.silva@gmail.com - Telefone: 11 99581-6925

Pronto Socorro			
DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Atendimento UBS - (Hora)	149	R\$ 120,00	R\$ 17.880,00
			R\$ -
			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 17.880,00

IMPOSTOS R\$ 1.099,62

COFINS 3,00% R\$ 536,40

PIS 0,65% R\$ 116,22

CSLL 1,00% R\$ 178,80

IRRF 1,50% R\$ 268,20

**LÍQUIDO R\$ 16.780,38**