



## 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 / 00000101433-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	VERA MARCIA CAPOVILLA CIRURGIA PLASTICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.720.511/0001-31
<b>Valor:</b>	R\$ 5.724,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	VERA MARCIA CAPOVILL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 13:12:15

<b>Código da operação:</b>	00141634
<b>Chave de segurança:</b>	00MEM4XEZ6PNKKQY

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

00602

DATA DA EMISSÃO

10/01/2023 08:53:08

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

CE8E4B8CE



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 10/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

VERA MARCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLÁSTICA S/S LTDA

NOME FANTASIA:

VERA MARCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLÁSTICA S/S LTDA

ENDEREÇO:

RUA AUTÁ PINDER, 254 - CENTRO

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

10.720.511/0001-31

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-1010

INSC.MUNICIPAL:

18796

CEP:

11.608-533

E-MAIL:

sidneia.adv@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:

( ) SIM ( x ) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU CHEREK, 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

8690-9/99-01 | 4.09 | OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE - 4.09

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS RICARDO DE ANGELO STORTI

COMP: 12/2022

REF. 01/12/2022 A 31/12/2022

DESCRIÇÃO

AMBULATÓRIO CRE (POR CONSULTA) 61 X 100,00 R\$ R\$ 6.100,00

RETENÇÃO DE IR 1,5% E DESCONTO CONFORME DECRETO 10833/2003 4,65%

DADOS PARA DEPÓSITO NO BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 0715-3

CONTA CORRENTE 101433.1

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 6.100,00
PIS..... R\$ 39,65	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 6.100,00
COFINS..... R\$ 183,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 91,50	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 375,15
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 183,00
CSLL..... R\$ 61,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 5.724,85

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.lib.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

**VERA MÁRCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLASTICA S/S LTDA**

**CNPJ: 10.720.511/0001-31**

**COMP: 12/2022 PERÍODO: 01/12/2022 a 31/12/2022**

**BANCO DO BRASIL**

**AGÊNCIA: 0715 - C/C 101433-1**

**DR. RICARDO DE ANGELO STORTI**

**E-mail: sidneia.assec@gmail.com**

**CRM 100.051-SP - TEL. 12 98118-3840**

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Ambulatório CRE (Por Consulta)	61	R\$ 100,00	R\$ 6.100,00

**TOTAL BRUTO R\$ 6.100,00**

**COFINS 3,00% R\$ 183,00**

**IMPOSTOS R\$ 375,15**

**PIS 0,65% R\$ 39,65**

**CSLL 1,00% R\$ 61,00**

**LÍQUIDO R\$ 5.724,85**

**IRRF 1,50% R\$ 91,50**