



Comprovante de Operação - TED C

Identificação no Extrato: **SISPAG FORNECEDORES TED**

Dados da conta a ser debitada:

Agência: **8787**

Conta: **13083 - 3**

Nome: **ASSOC BRAS CANC H M KR C PG**

Dados da conta a ser creditada:

Nome do Favorecido: **CLINICA BERTHOLI LTDA**

Número do banco, nome e ISPB: **001 - BCO DO BRASIL S A - ISPB 00000000**

Agencia: **4290 - SAO SILVANO ES**

Conta corrente: **0000000155411**

CPF/CNPJ: **31.081.678/0001-70**

Valor: **R\$ 10.000,00**

Finalidade: **CREDITO EM CONTA**

Informações fornecidas pelo pagador: **REF NF 54**

Transferência realizada em 30.03.2023 às 16:20:39, via Sispag, CTRL 568876645000198

Autenticação:

9A5F8D3D0BDF633FA74F49E9A01CADD155AD216E

----- Cortar aqui -----



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
- NOTA CARIOCA -

20230322u31081678000170i31081678000170

Número da Nota

00000054

Data e Hora de Emissão

22/03/2023 15:44:17

Código de Verificação

BQKB-BG6V

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **31.081.678/0001-70**

Inscrição Municipal: **1.123.744-4**

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: **CLINICA BERTHOLI LTDA**

Nome Fantasia:

Tel.: **27995061529**

Endereço: **RUA PRES CARLOS CAMPOS 183, APT 403 - LARANJEIRAS - CEP: 22231-080**

Município: **RIO DE JANEIRO**

UF: **RJ**

E-mail: **GPSCONTABILIDADE@YAHOO.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **33.816.794/0002-04**

Inscrição Municipal: **0.063.159-0**

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ASSISTENCIA AOS CANCEROSOS**

Endereço: **RUA MAGE 326 - PENHA CIRCULAR - CEP: 21020-130**

Tel. **21 - 21369636**

Município: **RIO DE JANEIRO**

UF: **RJ**

E-mail: **contabilidadehmk@mariokroeff.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviços Médicos Prestados no Hospital Mario Kroeff no Mês de Novembro de 2022

Valor Bruto	<u>R\$ 10.000,00</u>
IRRF	<u>---</u>
PCC	<u>---</u>
INSS	<u>---</u>
ISS	<u>---</u>
Valor Líquido	<u>R\$ 10.000,00</u>

VALOR DA NOTA = R\$ 10.000,00

Serviço Prestado

04.03.03 - serviços prestados por clínica

Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ IPTU (R\$)
0,00	0,00	----	----	----	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151- www.procon.rj.gov.br
- ISS devido deve ser recolhido por meio de Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS).
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU.

Assinado
Diretor Administrativo /
Financeiro
Hospital Mario Kroeff

Assinado
André Luiz L. de Barros
Gerente de Compliance
gestão de Contratos
Hospital Mario Kroeff

Assinado
Matheus Barros de Oliveira
Supervisor Contábil
ABAC / HMK

Assinado
Silvio Silva Fernandes
CRM 52.597/8-2
Diretor Clínico / HMK
22 MAR 2023