



Comprovante de Transferência

dados do pagador

nome do pagador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ASSIS

CPF / CNPJ do pagador: 33.816.794/0002-04

agência/conta: 8787/13083 - 3

dados do recebedor

nome do recebedor: DRA ISABELLA SOUSA

chave: 46879096000100

CPF / CNPJ do recebedor: 46.879.096/0001-00

instituição: BCO DO BRASIL S A

agência/conta: 2933/0002242-0

dados da transação

valor: R\$ 4.000,00

data da transferência: 30/03/2023

tipo de pagamento: PIX TRANSFERENCIA

mensagem ao recebedor: REF NF 21

identificação no comprovante: REF NF 21

identificação no extrato:

autenticação no comprovante:

B5A0E845E166219E5FF9081068FD1EF6A6147DF3

ID da transação:

E60701190202303301920DY5QRNZXJQM

controle:

00002023033008043

transação efetuada em 30/03/2023 às 16:20:40 via Sispag.

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

20230322u46879096000100u46879096000100

Número da Nota

00000021

Data e Hora de Emissão

22/03/2023 18:37:18

Código de Verificação

FDIV-YXDR**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ **46.879.096/0001-00**Inscrição Municipal **1.403.545-1**

Inscrição Estadual ---

Nome/Razão Social **ISABELLA SOUSA SILVA LTDA**Nome Fantasia **DRA ISABELLA SOUSA**Tel.: **2136523258**Endereço: **AVN N/S DE COPACABANA 1334, APT 404 - COPACABANA - CEP: 22070-012**Município: **RIO DE JANEIRO**UF: **RJ**E-mail **isabellasilvestre98@gmail.com****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**

REFERENTE AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM JANEIRO 2023.

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 2933-5

CONTA CORRENTE: 56.588-1

PIX: 46.879.096/0001-00

Valor Bruto	R\$ 4.000,00
IRRF	---
PCC	---
INSS	---
ISS	---
Valor Líquido	R\$ 4.000,00

VALOR DA NOTA = R\$ 4.000,00

Serviço Prestado

04.03.01 - serviços prestados por hospital

Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	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.

(Signature)
Mário Kroeff
Diretor Administrativo /
Financeiro

(Signature)
Aldir Luiz L. de Barros
Gerente de Compliance
Hospital Mario Kroeff

(Signature)
Matheus Barros de Oliveira
Supervisor Contábil
ABAC / MMK

(Signature)
Mário Kroeff
Diretor Administrativo /
Financeiro
22/03/2023