



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da
NFS-e

61



Data e Hora da Emissão:	02/01/2024 08:40:02	Competência:	2/1/2024	Código de Verificação:	RDZFCR0EG
Número do RPS:		Nº da NFS-e substituída:		Local da Prestação:	SAO JOSE DO RIO PRETO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome:	CLINICA MEDICA GUENA LTDA				
CNPJ/CPF:	43.042.473/0001-64	Inscrição Municipal:	3837430	Município:	SAO JOSE DO RIO PRETO UF: SP
Endereço e Cep:	R FRITZ JACOBS, 1748 - BOA VISTA - BAIRRO CEP: 15025-500				
Complemento:		Telefone:	(17)3232-4116	e-mail:	contabil@bongiovani.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome:	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PIRANGI				
CNPJ/CPF:	51.804.771/0001-72	Inscrição Municipal:		Município:	PIRANGI UF: SP
Endereço e CEP:	AV CARMEM LUCIA GIGLIO GIRADE, 1901 - JARDIM TANGARA CEP: 15820-000				
Complemento:		Telefone:	(17)3386-3289	e-mail:	rh@osspirangi.com.br

Discriminação dos Serviços

PRESTACAO DE SERVIÇOS MEDICOS

Convênio 03/2022
Vista Alegre do Alto

10. 203. 02/01/2024

ATESTADOS A REALIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Nome: João Gonçalves de Sarro

Assinatura: _____

Nome: Malcon A. de Souza

Assinatura: _____

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 04.03.00 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulat

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra:		Código ART:	
-----------------	--	-------------	--

Tributos Federais

PIS:		COFINS:		IR(R\$):		INSS(R\$):		CSLL(R\$):	
------	--	---------	--	----------	--	------------	--	------------	--

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços - R\$:	1.260,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços - R\$	1.260,00	
Desconto Incondicionado:	0,00	1-Tributação no município	Deduções/Deduções Permitidas em Lei	0,00	
Desconto Condicionado:	0,00	Regime Especial Tributação	Desconto Incondicionado:	0,00	
Retenções Federais:	0,00	0-Nenhum	(=) Base de Cálculo		
Outras Retenções:	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,01	
Valor ISSQN Retido:	0,00	1-Sim	ISS a reter:		() Sim (X) Não
		Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS - R\$:		
		2-Não			

TOTAL DA NFS-e R\$: 1.260,00

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site sjrp.ginfes.com.br, com a utilização do Código de Verificação.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/01/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.24.06
3261103261 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO B PIRANGI
AGENCIA: 3261-1 CONTA: 13.995-5

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO B PIRANGI
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0825-7 - BOA VISTA - SJR PRETO INT SP
CONTA: 13.002.242-9

FAVORECIDO: CLINICA MEDICA GUENA LTDA
CPF/CNPJ: 43.042.473/0001-64
VALOR: R\$ 1.260,00
DEBITO EM: 02/01/2024

=====

DOCUMENTO: 010201
AUTENTICACAO SISBB: 0.B5A.A00.AE9.5C1.C0A

Transação efetuada com sucesso por: 11771196 JOSE ORION PERM

CARTA DE CORREÇÃO

[Imprimir](#)

CIDADE , DIA: / MÊS: / ANO:

EMPRESA

ENDEREÇO

CNPJ: (99.999.999/9999-99) I.E

DESCRIÇÃO N.F.Nº EMISSÃO

NOSSA SUA / /

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe que a Nota Fiscal em referência contém a (s) irregularidade (s) que abaixo apontamos, e que solicitamos as devidas providências.

Cód. Especificações	Cód. Especificações	Cód. Especificações	Cód. Especificações
1 Razão Social	13 Qtdade. Produto	25 Nome Transp.	999 Outras
2 Endereço	14 Descrição	26 Ender. Transp.	
3 Município	15 Preço Unitário	27 Isenção IPI	
4 Estado	16 Valor Total Produto	28 Isenção ICMS	
5 CNPJ	17 Classif. Fiscal	29 Peso Líq./Bruto	
6 Inscr. Estadual	18 Alíquota IPI	30 Espécie	
7 Nat. Operação	19 Valor IPI	31 Nota Fiscal	
8 C.F.O.P.	20 Base Cálc. IPI	32 Entrada	
9 Via Transporte	21 Valor Total da Nota	33 Nota Fiscal Saída	
10 Data Emissão	22 Alíquota ICMS	34 End. Corresp.	
11 Data Saída	23 Valor ICMS	35 Nº Peças	
12 Unid.(produto)	24 Base Cálc. ICMS	36 Nº Nota Fiscal	
		37 Frete por Conta	

Códigos com Irregularidades

Retificações a serem consideradas

<input type="text" value="14"/>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO/2023.
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Para evitar qualquer sanção fiscal, solicitamos acusarem o recebimento desta, na cópia que a acompanha, devendo a via de V.Sª ficar arquivada com a nota fiscal em questão.

Atenciosamente,

Acusamos recebimento da 1ª via.
LOCAL E DATA

ASSINATURA

R. Social

Ender.

CNPJ I.Estadual