



## 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>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1013 / 00000023837-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	A A PEREIRA CLINICA MEDICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	14.392.093/0001-51
<b>Valor:</b>	R\$ 25.900,72
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	A A PEREIRA CLINICA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:18:07

<b>Código da operação:</b>	00158110
<b>Chave de segurança:</b>	Q45V3K9LZK47U477

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 Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA  
00002

DATA DA EMISSÃO  
01-02-2023 09:08:44  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
6DBC3A92

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 02/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: A.A. PEREIRA CLINICA MEDICA LTDA  
ENDEREÇO: DOS JACARANDAS, 133 - FEITICEIRA  
COMPLEMENTO:  
CPF/CNPJ: 14.392.093/0001-51  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
TELEFONE: (12) 9828-14968  
INSC.MUNICIPAL: 12486  
CEP: 11.630-000  
E-MAIL: alcioneiap@yahoo.com.br  
SIMPLES NACIONAL: ( ) SIM ( x ) NÃO  
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO  
COMPLEMENTO:  
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
TELEFONE: (12) 3896-5566  
INSC.MUNICIPAL: 883  
CEP: 11.630-000  
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br  
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADOS NO PERÍODO:11/12/2022 A 10/01/2023

A.A. PEREIRA CLÍNICA MÉDICA - ME  
CNPJ: 14.392.093/0001-51

PLANTÃO DIURNO / HORA / 18 / R\$ 120,00 / R\$ 2.160,00  
PLANTÃO NOTURNO / HORA / 6 / R\$ 145,00 / R\$ 870,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA / HORA / 18 / R\$ 150,00 / R\$ 2.700,00  
CHEFE DE PLANTÃO DIURNO / (HORA) / 6 / R\$ 160,00 / R\$ 960,00  
CHEFE DE PLANTÃO NOTURNO / (HORA) / 36 / R\$ 185,00 / R\$ 6.660,00  
CHEFE DE PLANTÃO FINAL DE SEMANA / (HORA) / 12 / R\$ 200,00 / R\$ 2.400,00  
PLANTÃO DIURNO CABO / HORA / 9 / R\$ 120,00 / R\$ 1.080,00  
PLANTÃO NOTURNO CABO / HORA / R\$ 145,00 R\$ R\$ -  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (12 HRS DIA 01/01) / 12 / R\$ 200,00 / R\$ 2.400,00  
PLANTÃO RESPIRATÓRIO DIURNO / R\$ 160,00 / R\$ R\$ -  
PLANTÃO RESPIRATÓRIO NOTURNO / 36 / R\$ 185,00 / R\$ 6.660,00  
PLANTÃO RESPIRATÓRIO FINAL DE SEMANA / R\$ 200,00 / R\$ R\$ -  
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) / 244 / R\$ 7,00 / R\$ 1.708,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 27.598,00
PIS..... R\$ 179,39	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 27.598,00
COFINS..... R\$ 827,94	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 413,97	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Deduções.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 1.697,28
CSLL..... R\$ 275,98	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 551,96
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 25.900,72

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 Ilhabela.
- 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 ilhabela.libr.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

**A.A. PEREIRA CLÍNICA MÉDICA - ME**

**CNPJ: 14.392.093/0001-51**

**COMP: 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023**

**e-mail: financeiro@greccocontabil.com.br**

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Diurno / HORA	18	R\$ 120,00	R\$ 2.160,00
Plantão Noturno / HORA	6	R\$ 145,00	R\$ 870,00
Plantão Final de Semana / HORA	18	R\$ 150,00	R\$ 2.700,00
Chefe de Plantão Diurno (Hora)	6	R\$ 160,00	R\$ 960,00
Chefe de Plantão Noturno (Hora)	36	R\$ 185,00	R\$ 6.660,00
Chefe de Plantão Final de Semana (Hora)	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
Plantão Diurno CABO / HORA	9	R\$ 120,00	R\$ 1.080,00
Plantão Noturno CABO / HORA		R\$ 145,00	R\$ -
Plantão Final de Semana (12 hrs dia 01/01)	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
Plantão Respiratório Diurno		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Respiratório Noturno	36	R\$ 185,00	R\$ 6.660,00
Plantão Respiratório Final de Semana		R\$ 200,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	244	R\$ 7,00	R\$ 1.708,00

**TOTAL BRUTO R\$ 27.598,00**

**IMPOSTOS R\$ 1.697,28**

**COFINS 3,00% R\$ 827,94**

**PIS 0,65% R\$ 179,39**

**CSLL 1,00% R\$ 275,98**

**IRRF 1,50% R\$ 413,97**

**LÍQUIDO R\$ 25.900,72**