



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3334 / 003 / 00000692-0
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	STA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0175 / 00000120230-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ALMEIDA E LIBERATO PRESTACAO DE SERVICOS
CPF/CNPJ:	19.421.068/0001-72
Valor:	R\$ 9.384,96
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	ALMEIDA E LIBERATO
Histórico:	

Data de débito:	03/02/2023
Data / Hora da operação:	03/02/2023 12:32:30

Código da operação:	00140662
Chave de segurança:	MH1PZTLZG24ERE7F

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 DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 02/02/2023 10:45:46
Competência da NFS-e: 02/2023
Número / Série: 474 / E
Código de Verificação: eQZ5LRjM9

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 19.421.068/0001-72
Nome/Razão Social: ALMEIDA E LIBERATO PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS S/S LTDA
Endereço: AVENI CASSIANO RICARDO 1411 BLOCO:B JARDIM ALVORADA
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL
UF: SP
CEP: 12240-540
Telefone: (12) 3206-2351
Inscrição Municipal: 311328
E-mail: contato@camposecanale.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
Endereço: RUA R. PADRE BRONISLAU CHERECK 15 CENTRO
Município / País: ILHABELA / BRASIL
UF: SP
CEP: 11630-000
Telefone:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços médicos prestados pela Dra. Rayssa Almeida Diório, CRM 159648/SP, no HMGMC referente a cirurgia eletiva, ambulatório ginecológico e P2 no período de 01/01/2023 a 31/01/2023

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863059900 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS
Município / País da Prestação do Serviço: ILHABELA
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN: Exigível
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
9.999,96	0,00	0,00	9.999,96	2,000000	199,99

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	150,00	65,00	300,00	0,00	100,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
9.999,96	615,00	0,00	9.384,96

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:
Número da nota fiscal substituída:
Código da Obra:
Regra especial:



Santa Casa

de Misericórdia de Ilhabela

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

ALMEIDA E LIBERATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS S/S LTDA

CNPJ: 19.421.068/0001-72

COMP: 01/2023 PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 175-9 - C/C 120230-8

DRA. RAYSSA ALMEIDA DIÓRIO

e-mail: rayssa_diorio@yahoo.com.br / contato@camposecanale.com.br

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Ginecologia (24 horas - Cirurgias	4	R\$ 2.499,99	R\$ 9.999,96
Eletivas, Ambulatório Ginecológico e P2)			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 9.999,96

IMPOSTOS R\$ 615,00

COFINS 3,00% R\$ 300,00

PIS 0,65% R\$ 65,00

CSLL 1,00% R\$ 100,00

IRRF 1,50% R\$ 150,00

LÍQUIDO R\$ 9.384,96