



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0530 / 00013004827-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CHARLES DALMAGRO NEUROLOGIA LTDA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	38.822.897/0001-01
<b>Valor:</b>	R\$ 24.200,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	CHARLES DALMAGRO NEU
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:17:59

<b>Código da operação:</b>	00158047
<b>Chave de segurança:</b>	SX997EYF1RU8710U

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  
00046

DATA DA EMISSÃO  
31-01-2023 19:27:25  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
4250ACF29

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 01/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
CHARLES DALMAGRO NEUROLOGIA LTDA.  
ENDEREÇO:  
BRASIL, 741 - ILHOTE  
COMPLEMENTO:  
CASA 03

CPF/CNPJ:  
38.822.897/0001-01  
MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(12) 3896-1439

INSC.MUNICIPAL:  
11311  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
delphin@delphin.com.br

SIMPLES NACIONAL:  
( x ) SIM ( ) NÃO  
PAÍS:  
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
ENDEREÇO:  
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO  
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:  
50.320.605/0001-38  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:  
883  
PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, PRODUÇÃO COMP 01-2023:  
1-SERVIÇOS DE NEUROLOGIA (HOSPITAL): R\$ 20.000,00.  
2-PLANTÃO UTI (FINAL DE SEMANA) R\$ 4.200,00.  
TOTAL: R\$ 24.200,00;

BANCO PARA DEPÓSITO:  
SANTANDER  
AGENCIA: 0530;  
CC:13.004.827-5;

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00  
COFINS..... R\$ 0,00  
IR..... R\$ 0,00  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS ..... 2,00 %  
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00  
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00  
Outras Retenções..... R\$ 0,00  
Outras Deduções..... R\$ 0,00  
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 24.200,00  
Base de Cálculo..... R\$ 24.200,00  
Valor de Crédito..... R\$ 0,00  
Total de Deduções..... R\$ 0,00  
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00  
Valor do ISS..... R\$ 484,00  
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 24.200,00

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.iibr.com.br](http://ilhabela.iibr.com.br) com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CHARLES DALMAGRO NEUROLOGIA LTDA ME

CNPJ: 38.822.897/0001-01

Banco: SANTANDER

Agência: 0530 - C/C 130048275

DR. CHARLES LUIZ DALMAGRO

e-mail: cldalmagro@hotmail.com

COMP: 01/2023

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Serviços de Neurologia - Hospital			R\$ 20.000,00
Plantão UTI (Semana)		R\$ 1.800,00	R\$ -
Plantão UTI (Final de Semana)	2	R\$ 2.100,00	R\$ 4.200,00
Plantão Internação Noturno		R\$ 185,00	R\$ -
Plantão Internação Final de Semana		R\$ 200,00	R\$ -
<b>TOTAL BRUTO</b>			<b>R\$ 24.200,00</b>
<b>IMPOSTOS</b>			<b>R\$ -</b>

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**LÍQUIDO R\$ 24.200,00**