



## 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>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8534 / 00000013770-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CORREA E FREITAS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.803.121/0001-89
<b>Valor:</b>	R\$ 6.757,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	CORREA E FREITAS
<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>	00158177
<b>Chave de segurança:</b>	1STM8GYNRURWJHFU

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



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00684

DATA DA EMISSÃO

01/02/2023 09:06:37

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

CAFCACBD

SÃO SEBASTIÃO



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 01/02/2023      LOCAL DO SERVIÇO: CARAGUATATUBA - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
NOME FANTASIA:  
ENDEREÇO:  
RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 163 - VILA AMÉLIA  
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:  
20.803.121/0001-89  
MUNICÍPIO:  
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
(12) 3892-5572

INSC.MUNICIPAL:  
22059  
CEP:  
11.609-018  
E-MAIL:  
ekcorrea@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:  
( ) SIM ( x ) NÃO  
REGIME ESPECIAL:  
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

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

MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(12) 3896-5766

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

INSC.MUNIC./ESTADUAL:  
|  
PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE AO MES DE JANEIRO  
PERÍODO 01 À 31/01/2023  
PROFISSIONAL: DRA EUNICE KACIA FERREIRA DE FREITAS - CRM 103.771  
PLANTÃO UTI (PLANTÃO) 4= R\$ 1800,00 = R\$ 7.200,00  
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 442,80  
CONFORME PAGAMENTO AUTORIZADO AO PRESTADOR DE SERVIÇO CONFORME CONVENO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 7.200,00
PIS..... R\$ 46,80	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 7.200,00
COFINS..... R\$ 216,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 108,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 442,80
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 216,00
CSLL..... R\$ 72,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 6.757,20

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 São Sebastião.
- 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 <https://saosebastiao.iibr.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

**CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA**

CNPJ: 20.803.121/0001-89

COMP: 01/2023 De 01/01/2023 a 31/01/2023

**DRA. EUNICE KACIA CORREA DE FREITAS**

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão UTI (Hora)		R\$ 150,00	R\$ -
Plantão UTI (Plantão)	4	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
Plantão UTI Final de Semana (Hora)		R\$ 175,00	R\$ -
Plantão UTI Final de Semana (Plantão)		R\$ 2.100,00	R\$ -

**TOTAL BRUTO R\$ 7.200,00**

**IMPOSTOS R\$ 442,80**

COFINS 3,00% R\$ 216,00

PIS 0,65% R\$ 46,80

CSLL 1,00% R\$ 72,00

IRRF 1,50% R\$ 108,00

**LÍQUIDO R\$ 6.757,20**