



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:	0715 / 00000042560-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	DANIEL TAKASHI SAKANE
CPF/CNPJ:	21.246.007/0001-68
Valor:	R\$ 6.100,25
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	DANIEL TAKASHI
Histórico:	

Data de débito:	08/02/2023
Data / Hora da operação:	08/02/2023 13:29:06

Código da operação:	00137362
Chave de segurança:	LT4WECLKE4C10G5N

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

00506

DATA DA EMISSÃO

06/02/2023 17:10:08

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

6FDDA66F

SÃO SEBASTIÃO



SÉRIE:
NFS-e

COMPETÊNCIA:
06/02/2023

LOCAL DO SERVIÇO:
ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:
-

N. RPS:
0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
DANIEL TAKASHI SAKANE - ME
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:
RUA JOÃO TARORA, 51 - PONTAL DA CRUZ
COMPLEMENTO:
BLOCO B6/EDIF.CORVINA

CPF/CNPJ:
21.246.007/0001-68
MUNICÍPIO:
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL
TELEFONE:
(11) 9967-61487

INSC.MUNICIPAL:
21930
CEP:
11.606-169
E-MAIL:
dtsakane@yahoo.com.br

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

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
RUA PADRE BROSNILAU CHERECK, 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

8630-5/03-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

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

AMBULATÓRIO CRE (POR PACIENTE) - 65 - R\$ 100,00 - R\$ 6.500,00

TOTAL BRUTO = R\$ 6.500,00
IMPOSTOS = R\$ 399,75
TOTAL LÍQUIDO = R\$ 6.100,25

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 6.500,00
PIS..... R\$ 42,25	Alíquota do ISS 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 6.500,00
COFINS..... R\$ 195,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 97,50	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 399,75
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 195,00
CSLL..... R\$ 65,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 6.100,25

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos conforme Lei 12.741/2012 R\$ 874,25 (13,45%) - Fonte: IBPT

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

DANIEL TAKASHI SAKANE - ME

CNPJ: 21.246.007/0001-68

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

DR. DANIEL TAKASHI

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Ambulatório CRE (Por Paciente)	65	R\$ 100,00	R\$ 6.500,00

TOTAL BRUTO R\$ 6.500,00

COFINS 3,00% R\$ 195,00

IMPOSTOS R\$ 399,75

PIS 0,65% R\$ 42,25

CSLL 1,00% R\$ 65,00

IRRF 1,50% R\$ 97,50

LÍQUIDO R\$ 6.100,25



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:	0715 / 00000101433-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	VERA MARCIA CAPOVILLA CIRURGIA PLASTICA
CPF/CNPJ:	10.720.511/0001-31
Valor:	R\$ 5.912,55
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	VERA MARCIA CAPOVILL
Histórico:	

Data de débito:	08/02/2023
Data / Hora da operação:	08/02/2023 13:29:06

Código da operação:	00137363
Chave de segurança:	W17GE2L18P0Y62W6

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