



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:	1741 / 00000041313-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	DERMED SERVICOS MEDICOS UNIPessoAL
CPF/CNPJ:	34.355.591/0001-31
Valor:	R\$ 11.761,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	DERMED SERVICOS MEDI
Histórico:	

Data de débito:	02/01/2023
Data / Hora da operação:	02/01/2023 16:26:58

Código da operação:	00187007
Chave de segurança:	WF5A0XNUL8V3MU1S

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

00092

DATA DA EMISSÃO
29/12/2022 14:40:50
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
4C66CA27C



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 29/12/2022 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
DERMED SERVIÇOS MÉDICOS UNIPessoAL
NOME FANTASIA:
DERMED SERVIÇOS MEDICOS
ENDEREÇO:
RUA DA ENCOSTA, 69 - PORTAL DA OLARIA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
34.355.591/0001-31
MUNICÍPIO:
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL
TELEFONE:
(12) 9889-22915

INSC.MUNICIPAL:
29484
CEP:
11.604-692
E-MAIL:
carocoliver@hotmail.com

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

TOMADOR DO SERVIÇO

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

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-1710

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
santacasa-ilhabela@hotmail.com

INSC.MUNIC./ESTADUAL:
0 |
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/01-01 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO PERÍODO 11/11/2022 A 10/12/2022.
PLANTÃO DIURNO / 78 HORAS / 9.360,00
PRODUÇÃO / 343 / 2.401,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 11.761,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS 2,79 %	Base de Cálculo.....	R\$ 11.761,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 328,13
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 11.761,00

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 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

DERMED SERVIÇOS MÉDICOS UNIPESSOAL LTDA

CNPJ: 34.355.591/0001-31

Banco

COMP: 12/2022

11/11/2022 a 10/12/2022

Dra. Camila Aparecida Rocha de Oliveira

e-mail: carocoliver@hotmail.com

DRA. CAMILA AP. ROCHA			
Plantão Diurno / HORA	78	R\$ 120,00	R\$ 9.360,00
Plantão Noturno / HORA		R\$ 145,00	R\$ -
Plantão Final de Semana / HORA		R\$ 150,00	R\$ -
Chefe de Plantão Diurno (Hora)		R\$ 160,00	R\$ -
Chefe de Plantão Final de Semana (Hora)		R\$ 185,00	R\$ -
Chefe de Plantão Noturno (Hora)		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão Respiratório Diurno		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Respiratório Noturno		R\$ 185,00	R\$ -
Plantão Respiratório Final de Semana		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão Ambulância UTI		R\$ 750,00	R\$ -
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	343	R\$ 7,00	R\$ 2.401,00
		TOTAL BRUTO	R\$ 11.761,00
		IMPOSTOS	R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 11.761,00