



## 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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1741 / 00000041313-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	DERMED SERVICOS MEDICOS UNIPessoal
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.355.591/0001-31
<b>Valor:</b>	R\$ 10.964,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	DERMED SERVICOS MEDI
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00140666
<b>Chave de segurança:</b>	R8QUHAT9YNA5KEZE

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

00095

DATA DA EMISSÃO

01/02/2023 15:32:41

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

C78CC7934



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 01/02/2023      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP      NFS SUBSTITUÍDA: 00094      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

DERMED SERVIÇOS MÉDICOS UNIPESSOAL

NOME FANTASIA:

DERMED SERVICOS 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 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

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 11/12/2022 A 10/01/2023.

PLANTÃO DIURNO 72 H R\$ 8.640,00

PRODUÇÃO 332 R\$ 2.324,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 10.964,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS ..... 2,79 %	Base de Cálculo.....	R\$ 10.964,00
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\$ 305,90
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 10.964,00

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

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: 01/2023**

**11/12/2022 a 10/01/2023**

**Dra. Camila Aparecida Rocha de Oliveira**

**e-mail: carocoliver@hotmail.com**

<b>DRA. CAMILA AP. ROCHA</b>			
Plantão Diurno / HORA	72	R\$ 120,00	R\$ 8.640,00
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)	332	R\$ 7,00	R\$ 2.324,00

**TOTAL BRUTO R\$ 10.964,00**

**IMPOSTOS R\$ -**

**EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

**LÍQUIDO R\$ 10.964,00**