



## 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>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0206 / 00000045905-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	DESLANDES E TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.113.798/0001-39
<b>Valor:</b>	R\$ 89.157,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	DESLANDES E TAVOLARO
<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>	00158098
<b>Chave de segurança:</b>	FZWXQ3G3E9XGXGYE

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

00605

DATA DA EMISSÃO

31/01/2023 22:48:49

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

590F40867

SÃO SEBASTIÃO



SP-BRASIL

SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 31/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
DESLANDES & TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA  
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:  
RUA JOÃO TARORA, 51 - PONTAL DA CRUZ  
COMPLEMENTO:  
CONJ 11A

CPF/CNPJ:  
04.113.798/0001-39  
MUNICÍPIO:  
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
(12) 3892-5439

INSC.MUNICIPAL:  
14988  
CEP:  
11.606-169  
E-MAIL:  
edsoncontabil@edsoncontabil.cnt.br

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

TOMADOR DO SERVIÇO

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

MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(12) 3869-1710

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

INSC.MUNIC.|ESTADUAL:  
|  
PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/01-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

COMPETÊNCIA 01/2023 PERIODO 11/12/2022 A 10/01/2023  
POR HORA DE DISPONIBILIDADE 744 HORAS VALOR R\$ 93.000,00  
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO R\$ 2.000,00  
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (16,33%) = R\$ 15.513,50  
FONTE IBPT LEI 12.741 DA TRANSPARÊNCIA

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS		DEDUÇÕES / DESCONTOS		VALOR DO SERVIÇO.....	
PIS.....	R\$ 617,50	Alíquota do ISS .....	3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 95.000,00
COFINS.....	R\$ 2.850,00	Desconto Incondicionado.....	R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR.....	R\$ 1.425,00	Desconto Condicionado.....	R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 5.842,50
INSS.....	R\$ 0,00	Outras Retenções.....	R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 2.850,00
CSLL.....	R\$ 950,00	Outras Deduções.....	R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 89.157,50</b>

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

DESLANDES & TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA

CNPJ: 04.113.798/0001-39

COMP: 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023

e-mail: minga.tavolaro@gmail.com

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
<b>NOVO CONTRATO ANESTESIOLOGIA</b>			
Por Hora de Disponibilidade	744	R\$ 125,00	R\$ 93.000,00
Coordenação do Centro Cirurgico			R\$ 2.000,00

**TOTAL BRUTO R\$ 95.000,00**

COFINS 3,00% R\$ 2.850,00

**IMPOSTOS R\$ 5.842,50**

PIS 0,65% R\$ 617,50

CSLL 1,00% R\$ 950,00

IRRF 1,50% R\$ 1.425,00

**LÍQUIDO R\$ 89.157,50**