



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0530 / 00013004916-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SOFIALI SERVICOS MEDICOS LTDA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.048.779/0001-89
<b>Valor:</b>	R\$ 34.143,56
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	01 - Pagamento de Impostos, Tributos e Taxas
<b>Identificação da operação:</b>	SOFIALI SERVICOS MED
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:17:59

<b>Código da operação:</b>	00158049
<b>Chave de segurança:</b>	QX1LRV3FEAPKMCLM

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



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00006

DATA DA EMISSÃO

31-01-2023 19:20:30

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

5EE6F4BBC

COMPETÊNCIA:

01/2023

LOCAL DO SERVIÇO:

ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:

-

N. RPS:

0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

SOFIALI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ENDEREÇO:

PREFEITO GERALDO PROCOPIO DA CUNHA JUNQUEIRA,  
166 - PEREQUE

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

47.048.779/0001-89

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3892-2390

INSC.MUNICIPAL:

12282

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

anhumas@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:

( ) SIM ( x ) NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS

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

DR. SERGIO SILVA FERNANDES

PLANTÃO NOTURNO (HORA) 60 145,00 R\$ R\$ 8.700,00

CHEFE DE PLANTÃO NOTURNO (HORA) 84 185,00 R\$ R\$ 15.540,00

CHEFE DE FINAL DE SEMANA (HORA) 48 200,00 R\$ R\$ 9.600,00

PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) 363 7,00 R\$ R\$ 2.541,00

TOTAL BRUTO R\$ 36.381,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 236,48  
COFINS..... R\$ 1.091,43  
IR..... R\$ 545,72  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 363,81

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS ..... 2,00 %  
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00  
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00  
Outras Retenções..... R\$ 0,00  
Outras Deduções..... R\$ 0,00  
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 36.381,00

Base de Cálculo..... R\$ 36.381,00

Valor de Crédito..... R\$ 0,00

Total de Deduções..... R\$ 0,00

Total de Imp. Federais..... R\$ 2.237,44

Valor do ISS..... R\$ 727,62

VALOR LÍQUIDO..... R\$ 34.143,56

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 Ilhabela.
- 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 [ilhabela.ilbr.com.br](http://ilhabela.ilbr.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

**SOFIALI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME**

CNPJ: 47.048.779/0001-89

SANTANDER: Agência 0530 C/c 13004916-6

DR. SERGIO SILVA FERNANDES

CRM: 195972 - SP

e-mail: sfernandes78@hotmail.com - anhumasdpfiscal@uol.com.br

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

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão Noturno (Hora)	60	R\$ 145,00	R\$ 8.700,00
Plantão Final de Semana (Hora)		R\$ 150,00	R\$ -
Plantão Internação Diurno		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Internação Noturno		R\$ 185,00	R\$ -
Plantão Internação Final de Semana		R\$ 200,00	R\$ -
Chefe de Plantão Diurno (Hora)		R\$ 160,00	R\$ -
Chefe de Plantão Noturno (Hora)	84	R\$ 185,00	R\$ 15.540,00
Chefe de Final de Semana (Hora)	48	R\$ 200,00	R\$ 9.600,00
Plantão UTI (Hora)		R\$ 150,00	R\$ -
Plantão UTI (Plantão)		R\$ 1.800,00	R\$ -
Plantão UTI Final de Semana (Hora)		R\$ 175,00	R\$ -
Plantão UTI Final de Semana (Plantão)		R\$ 2.100,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	363	R\$ 7,00	R\$ 2.541,00

**TOTAL BRUTO R\$ 36.381,00**

**IMPOSTOS R\$ 2.237,43**

COFINS 3,00% R\$ 1.091,43

PIS 0,65% R\$ 236,48

CSLL 1,00% R\$ 363,81

IRRF 1,50% R\$ 545,72

**LÍQUIDO R\$ 34.143,57**