



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:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00031489229-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES
CPF/CNPJ:	46.375.146/0001-12
Valor:	R\$ 1.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	FELIPE DE OLIVEIRA J
Histórico:	

Data de débito:	24/01/2023
Data / Hora da operação:	24/01/2023 12:05:01

Código da operação:	00123170
Chave de segurança:	2N93RG5VLRCCZ6JR

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

NÚMERO DA NOTA

00047

DATA DA EMISSÃO

24-01-2023 08:43:22

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

17B666BE4

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 01/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES 40768924880
ENDEREÇO: MARIA DAS DORES ROCHA PERES, 11 - ZABUMBA
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 46.375.146/0001-12
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 9914-69366
INSC.MUNICIPAL: 12210
CEP: 11.610-627
E-MAIL: dualmegaboot3@hotmail.com
SIMPLES NACIONAL: (x) SIM () NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566
INSC.MUNICIPAL: 883
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

26.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondências, documentos, objetos, bens ou valores, inclusive pelos correios e suas agências franqueadas; courier e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS DE MOTOBOY REALIZADOS NOS DIAS 16/01, 17/01, 18/01, 19/01, 20/01, +1 DIARIA EXTRA
R\$250,00 POR DIA -TOTAL = R\$ 1.500,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 1.500,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota DO ISS 0,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 1.500,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Deduções.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 0,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 1.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (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.libbr.com.br com a utilização do Código de Verificação.



Santa Casa

de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, nº 15-Centro- Ilhabela- SP-CEP 11630-000
CNPJ nº 50.320.605/0001-38

Ilhabela, 23 de janeiro de 2023

Ao setor de Recursos Humanos da Santa Casa de Misericórdia

De: Coordenação da Assistência Farmacêutica

**Assunto: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE DIARIAS – MOTOBOY
REFERENTE AO PERIODO - 16/01/23 A 20/01/23.**

Solicito **PAGAMENTO DE HORAS TRABALHADAS**, para a empresa **FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES 40768924880; NOME FANTASIA: F.O.J. ME; CNPJ 46.375.146/0001-12.**

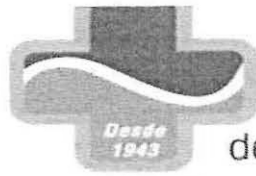
Empresa que prestou serviço de entrega, via motoboy, a fim de atender o *ILHABELA TEM REMÉDIO - "PROGRAMA MEDICAMENTO EM CASA"*, conforme segue:

DATA	QUANTIDADE DE HORAS
16/01/2023 segunda-feira	10:11
17/01/2023 terça-feira	07:24
18/01/2023 quarta-feira	06:42
19/01/2023 quinta-feira	07:03
20/01/2023 sexta-feira	07:09
TOTAL	38:29 horas

Atenciosamente,


Barbara Murbach
CRF/SP 73548
Farmacêutica
Coordenadora

Barbara Murbach - CRF/SP 73548
Coordenadora da Assistência Farmacêutica



Santa Casa

de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, nº 15-Centro- Ilhabela- SP-CEP 11630-000
CNPJ nº 50.320.605/0001-38

DATA	HORARIO	ATIVIDADE DESEMPENHADA
16/01/2023 segunda-feira	Entrada: <u>08:03</u> Saída Almoço: <u>12:14</u> Retorno Almoço: <u>14:00</u> Saída: <u>20:00</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input checked="" type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input checked="" type="checkbox"/> outros
17/01/2023 terça-feira	Entrada: <u>08:00</u> Saída Almoço: <u>12:12</u> Retorno Almoço: <u>14:09</u> Saída: <u>17:21</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
18/01/2023 quarta-feira	Entrada: <u>08:09</u> Saída Almoço: <u>12:10</u> Retorno Almoço: <u>14:19</u> Saída: <u>17:00</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input checked="" type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
19/01/2023 quinta-feira	Entrada: <u>08:00</u> Saída Almoço: <u>12:09</u> Retorno Almoço: <u>14:12</u> Saída: <u>17:06</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input checked="" type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> entrega auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
20/01/2023 sexta-feira	Entrada: <u>08:02</u> Saída Almoço: <u>12:03</u> Retorno Almoço: <u>14:00</u> Saída: <u>17:08</u>	<input type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input checked="" type="checkbox"/> outros

Assinatura prestador de serviço: _____

Felipe de Oliveira Jacques

Assinatura Coordenação: _____

Barbara Murbach
CRF/SP 73548
Farmacêutica
Coordenadora