



## 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>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00031489229-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.375.146/0001-12
<b>Valor:</b>	R\$ 1.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	FELIPE DE OLIVEIRA J
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	07/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	07/02/2023 12:07:14

<b>Código da operação:</b>	00139423
<b>Chave de segurança:</b>	7LF9LXKKJ2E81JPP

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

00053

DATA DA EMISSÃO

06-02-2023 16:41:35

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

B8C56E43B

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA:  
02/2023

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:

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

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 30/01, 31/01, 01/02, 03/02, - R\$250,00 POR DIA -TOTAL = R\$ 1.000,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 1.000,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota DO ISS ..... 0,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 1.000,00
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\$ 1.000,00

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](http://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, 06 de fevereiro 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 PERÍODO - 30/01/23 A 03/02/23.**

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
30/01/2023 segunda-feira	07:00
31/01/2023 terça-feira	06:56
01/02/2023 quarta-feira	06:57
02/02/2023 quinta-feira	00:00
03/02/2023 sexta-feira	07:30
<b>TOTAL</b>	<b>28:23</b>

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
30/01/2023 segunda-feira	Entrada: <u>08:06</u> Saída Almoço: <u>12:02</u> Retorno Almoço: <u>14:10</u> Saída: <u>17:14</u>	<input type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
31/01/2023 terça-feira	Entrada: <u>08:02</u> Saída Almoço: <u>12:01</u> Retorno Almoço: <u>14:09</u> Saída: <u>17:06</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
01/02/2023 quarta-feira	Entrada: <u>08:18</u> Saída Almoço: <u>12:01</u> Retorno Almoço: <u>14:09</u> Saída: <u>17:23</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input checked="" 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
02/02/2023 quinta-feira	Entrada: _____ Saída Almoço: _____:_____ Retorno Almoço: _____:_____ Saída: _____:_____	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> entrega auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
03/02/2023 sexta-feira	Entrada: <u>08:05</u> Saída Almoço: <u>12:36</u> Retorno Almoço: <u>14:22</u> Saída: <u>17:21</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de dietas <input 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 Jucques*

Assinatura Coordenação: \_\_\_\_\_



Barbara Murbach  
CRF/SP 73548  
Farmacêutica  
Coordenadora