



## 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>	0063 / 00000069613-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	GASTRO DERME CARDIO SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.675.910/0001-28
<b>Valor:</b>	R\$ 19.708,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	GASTRO DERME
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	02/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	02/01/2023 16:28:26

<b>Código da operação:</b>	00190000
<b>Chave de segurança:</b>	MSC500USKXKJL3LS

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  
02159

DATA DA EMISSÃO  
29-12-2022 14:49:18  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
6A500D06

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 12/2022 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



**NOME/RAZÃO SOCIAL:** GASTRO-DERME-CARDIO SERVIÇOS MEDICOS LTDA - ME10.675.910/0001-28  
**ENDEREÇO:** PIAUI, 180 - BARRA VELHA  
**COMPLEMENTO:** SALA 01  
**CPF/CNPJ:** ME10.675.910/0001-28  
**MUNICÍPIO:** ILHABELA - SP  
**TELEFONE:** (12) 3895-7181  
**INSC.MUNICIPAL:** 08051  
**CEP:** 11.630-000  
**E-MAIL:** danibbertolini@gmail.com  
**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:**  
**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

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PAGAMENTO AUTORIZADO REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO AO PRESTADOR DE SERVIÇOS, PELO SERVIÇOS PRESTADOS CONFORME SUBVENÇÃO AUTORIZADA PELA LEI 056/2001, DESCRITOS ABAIXO.

PLANTÃO P2 - 12 HORAS DIA - PRESENCIAL 10,5 VALOR R\$ 1.500,00 - R\$ 15.750,00;  
PLANTÃO P2 - 12 HORAS NOITE - DISPONIBILIDADE 10,5 VALOR R\$ 500,00 - R\$ 5.250,00;  
TOTAL BRUTO - R\$ 21.000,00  
IMPOSTO R\$ 1.291,50  
TOTAL LIQUIDO R\$ 19.708,50

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 21.000,00
PIS..... R\$ 136,50	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 21.000,00
COFINS..... R\$ 630,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 315,00	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\$ 1.291,50
CSLL..... R\$ 210,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 420,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 19.708,50</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 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.iibr.com.br](http://ilhabela.iibr.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

**GASTRO-DERME-CARDIO SERVIÇOS MEDICOS LTDA - ME**

CNPJ: 10.675.910/0001-28

COMP: 12/2022

e-mail: danibbertolini@gmail.com

Dr João Angelo Betiol

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
<b>NOVO CONTRATO CIRURGIA</b>			
Colonoscopia de Urgência / Emergência		R\$ 1.450,00	R\$ -
Colonoscopia de Eletiva		R\$ 650,00	R\$ -
Endoscopia de Urgência / Emergência		R\$ 950,00	R\$ -
Endoscopia Eletiva		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão P1 (24 horas)		R\$ 2.500,00	R\$ -
Plantão P2 - 12 horas Dia - Presencial	10,5	R\$ 1.500,00	R\$ 15.750,00
Plantão P2 - 12 horas Noite - Disponibilidade	10,5	R\$ 500,00	R\$ 5.250,00
Plantão P3 12 horas (De Segunda a Sexta)		R\$ 1.500,00	R\$ -
Plantão P3 12 horas (SEM ELETIVA)		R\$ 1.000,00	R\$ -

**TOTAL BRUTO R\$ 21.000,00**

**IMPOSTOS R\$ 1.291,50**

COFINS 3,00% R\$ 630,00

PISS 0,65% R\$ 136,50

CSLL 1.00% R\$ 210,00

IRRF 1,50% R\$ 315,00

**LÍQUIDO R\$ 19.708,50**