



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:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0063 / 00000069613-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GASTRO DERME CARDIO SERVICOS MEDICOS
CPF/CNPJ:	10.675.910/0001-28
Valor:	R\$ 11.825,10
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	GASTRO DERME
Histórico:	

Data de débito:	20/01/2023
Data / Hora da operação:	20/01/2023 13:55:07

Código da operação:	00143525
Chave de segurança:	676EE2KGNM7ZTW0H

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

02192

DATA DA EMISSÃO

20-01-2023 11:43:24

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

78356A3B6

COMPETÊNCIA:

01/2023

LOCAL DO SERVIÇO:

ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:

02190

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:

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:

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

PAGAMENTO AUTORIZADO REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO /2022 A PRESTADORA DE SERVIÇO DANIELLE BOUHID BERTOLINI, PELO SERVIÇO PRESTADO NA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONFORME SUBVENÇÃO AUTORIZADA PELA LEI 056/2001, CONFORME DESCRIÇÃO:

COLONOSCOPIA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA 3 VALOR R\$ 3.000,00 TOTAL R\$ 9.000,00;

ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA 2 VALOR R\$ 1.800,00 TOTAL R\$ 3.600,00;

TOTAL BRUTO R\$ 12.600,00

IMPOSTOS R\$ 774,90

TOTAL LÍQUIDO R\$ 11.825,10

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 81,90

COFINS..... R\$ 378,00

IR..... R\$ 189,00

INSS..... R\$ 0,00

CSLL..... R\$ 126,00

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\$ 12.600,00

Base de Cálculo..... R\$ 12.600,00

Valor de Crédito..... R\$ 0,00

Total de Deduções..... R\$ 0,00

Total de Imp. Federais..... R\$ 774,90

Valor do ISS..... R\$ 252,00

VALOR LÍQUIDO..... R\$ 11.825,10

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 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

GASTRO-DERME-CARDIO SERVIÇOS MEDICOS LTDA - ME

CNPJ: 10.675.910/0001-28

COMP: 11/2022

e-mail: danibbertolini@gmail.com

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
NOVO CONTRATO CIRURGIA			
Colonoscopia de Urgência / Emergência	3	R\$ 3.000,00	R\$ 9.000,00
Colonoscopia Agendada		R\$ 1.000,00	R\$ -
Endoscopia de Urgência / Emergência	2	R\$ 1.800,00	R\$ 3.600,00
Endoscopia Eletiva		R\$ 600,00	R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 12.600,00

IMPOSTOS R\$ 774,90

COFINS 3,00% R\$ 378,00

PISS 0,65% R\$ 81,90

CSLL 1,00% R\$ 126,00

IRRF 1,50% R\$ 189,00

LÍQUIDO R\$ 11.825,10