



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:	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0530 / 00013003116-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GRELLMANN CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ:	22.678.115/0001-72
Valor:	R\$ 10.079,49
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	GRELLMANN
Histórico:	

Data de débito:	02/01/2023
Data / Hora da operação:	02/01/2023 16:27:41

Código da operação:	00188487
Chave de segurança:	UHXVSWN7QKYSE7G9

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

00242

DATA DA EMISSÃO

01-01-2023 06:32:13

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

B1AB1A3B1

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:
GRELLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA ME
ENDEREÇO:
JACIRO OLIVEIRA DOS SANTOS, 53 - COSTA BELA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
22.678.115/0001-72
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 9814-99041

INSC.MUNICIPAL:
08740
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
docpiu@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 PRESTADOS PELA DRA. JULIANA REFERENTE AO MES DE DEZEMBRO DE 2022
PLANTÃO RESPIRATÓRIO N HORA (24) R\$ 4.440,00
PLANTÃO RESPIRATÓRIO FDS HORA (24) R\$ 4.800,00
PLANTÃO AMBULANCIA UTI (02) R\$ 1.500,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 10.740,00
PIS..... R\$ 69,81	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 10.740,00
COFINS..... R\$ 322,20	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 161,10	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\$ 660,51
CSLL..... R\$ 107,40	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 214,80
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 10.079,49

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PAGAMENTO AUTORIZADO CONFORME CONVENIO/SUBVENÇÃO LEI 056/2001

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

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

GRELLMANN SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME

CNPJ: 22.678.115/0001-72

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

e-mail: docpiu@uol.com.br

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Dra. Juliana Alievi			
Plantão Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão Noturno (Hora)		R\$ 145,00	R\$ -
Final de Semana (Hora)		R\$ 150,00	R\$ -
Plantão Diurno (Hora) - Respiratório		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Noturno (Hora) - Respiratório	24	R\$ 185,00	R\$ 4.440,00
Plantão Final de Semana (Hora) - Respiratório	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
Plantão Ambulância UTI	2	R\$ 750,00	R\$ 1.500,00
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)		R\$ 7,00	R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 10.740,00

IMPOSTOS R\$ 660,51

COFINS 3,00% R\$ 322,20

PIS 0,65% R\$ 69,81

CSLL 1,00% R\$ 107,40

IRRF 1,50% R\$ 161,10

LÍQUIDO R\$ 10.079,49