



## 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>                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                   |
| <b>Conta destino:</b>             | 0530 / 00013003116-9                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | GRELLMANN CLINICA MEDICA LTDA         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 22.678.115/0001-72                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 28.765,02                         |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                 |
| <b>Identificação da operação:</b> | GRELLMANN                             |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 02/01/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 02/01/2023 16:27:41 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00188485         |
| <b>Chave de segurança:</b> | CENCV7V5NGG1KH0K |

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

00244

DATA DA EMISSÃO

01-01-2023 06:55:40

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

FF76C7C73

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 MEDICOS PRESTADOS PELO DR. DILSON REFERENTE AO MES DE DEZEMBRO DE 2022

PLANTÃO DIURNO HORA (48) R\$ 5.760,00

CHEFE PLANTÃO DIURNO HORA (48) R\$ 7.680,00

PLANTÃO RESPIRATÓRIO D HORA (60) R\$ 9.600,00

PLANTÃO RESPIRATÓRIO FDS HORA (30) R\$6.000,00

PRODUÇÃO (230) R\$ 1.610,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 199,23  
COFINS..... R\$ 919,50  
IR..... R\$ 459,75  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 306,50

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\$ 30.650,00  
Base de Cálculo..... R\$ 30.650,00  
Valor de Crédito..... R\$ 0,00  
Total de Deduções..... R\$ 0,00  
Total de Imp. Federais..... R\$ 1.884,98  
Valor do ISS..... R\$ 613,00  
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 28.765,02

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](http://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

**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 e kepler704@gmail.com

| DESCRIÇÃO                               | QTD. | VALOR      | TOTAL        |
|---|------|------------|--------------|
| <b>DR. ROGÉRIO ALVES DA SILVA</b>       |      |            |              |
| Plantão Diurno / HORA                   | 48   | R\$ 120,00 | R\$ 5.760,00 |
| Plantão Noturno / HORA                  |      | R\$ 145,00 | R\$ -        |
| Plantão Final de Semana / HORA          |      | R\$ 150,00 | R\$ -        |
| Chefe de Plantão Diurno (Hora)          | 48   | R\$ 160,00 | R\$ 7.680,00 |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora)         |      | R\$ 185,00 | R\$ -        |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) |      | R\$ 200,00 | R\$ -        |
| Plantão Respiratório Diurno             | 60   | R\$ 160,00 | R\$ 9.600,00 |
| Plantão Respiratório Final de Semana    | 30   | R\$ 200,00 | R\$ 6.000,00 |
| Produção (por ficha de atendimento)     | 230  | R\$ 7,00   | R\$ 1.610,00 |
|   |      |            | R\$ -        |

**TOTAL BRUTO R\$ 30.650,00**

**IMPOSTOS R\$ 1.884,98**

COFINS 3,00% R\$ 919,50

PIS 0,65% R\$ 199,23

CSLL 1,00% R\$ 306,50

IRRF 1,50% R\$ 459,75

**LÍQUIDO R\$ 28.765,03**