



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\$ 15.691,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	GRELLMANN
Histórico:	

Data de débito:	01/02/2023
Data / Hora da operação:	01/02/2023 15:17:59

Código da operação:	00158035
Chave de segurança:	AGGL63VQJGXLFQA7

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
00247

DATA DA EMISSÃO
01-02-2023 06:56:48
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
AA4A30011

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: GRELLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA ME CPF/CNPJ: 22.678.115/0001-72 INSC.MUNICIPAL: 08740 SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: JACIRO OLIVEIRA DOS SANTOS, 53 - COSTA BELA MUNICÍPIO: ILHABELA - SP CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 9814-99041 E-MAIL: docpiu@uol.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 INSC.MUNICIPAL: 883
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO MUNICÍPIO: ILHABELA - SP CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-5566 E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

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 JANEIRO DE 2023
PLANTÃO RESPIRATÓRIO D HORA (06) R\$ 960,00
PLANTÃO RESPIRATÓRIO N HORA (36) R\$ 6.660,00
PLANTÃO RESPIRATÓRIO FDS HORA (18) R\$ 3.600,00
PLANTÃO AMBULANCIA UTI (06) R\$ 4.500,00
TRANSFERENCIA AMBULANCIA UTI (02) R\$ 1,000,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 16.720,00
PIS..... R\$ 108,68	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 16.720,00
COFINS..... R\$ 501,60	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 250,80	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\$ 1.028,28
CSLL..... R\$ 167,20	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 334,40
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 15.691,72

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.ilbr.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

e-mail: docpiu@uol.com.br

COMP: 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023

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	6	R\$ 160,00	R\$ 960,00
Plantão Noturno (Hora) - Respiratório	36	R\$ 185,00	R\$ 6.660,00
Plantão Final de Semana (Hora) - Respiratório	18	R\$ 200,00	R\$ 3.600,00
Plantão Ambulância UTI	6	R\$ 750,00	R\$ 4.500,00
Transferência Ambulância UTI	2	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
Produção (por ficha de atendimento)		R\$ 7,00	R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 16.720,00

COFINS 3,00% R\$ 501,60

IMPOSTOS R\$ 1.028,28

PIS 0,65% R\$ 108,68

CSLL 1,00% R\$ 167,20

IRRF 1,50% R\$ 250,80

LÍQUIDO R\$ 15.691,72