



## 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>	1013 / 00000038204-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	J M R DA CRUZ
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.842.979/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 17.400,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	J M R DA CRUZ
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	02/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	02/01/2023 16:28:34

<b>Código da operação:</b>	00190422
<b>Chave de segurança:</b>	S0LEVQC107MUEY49

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



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA  
00006  
DATA DA EMISSÃO  
02/01/2023 09:15:54  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
FCE9FC33F



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 02/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP      NFS SUBSTITUÍDA: 00005      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: J M R DA CRUZ  
NOME FANTASIA: JCI  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ MIGUEL DOS SANTOS, 126 - OLARIA  
COMPLEMENTO: ANDAR 1  
CPF/CNPJ: 43.842.979/0001-58  
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
TELEFONE: (12) 3896-6839  
INSC.MUNICIPAL: 31963  
CEP: 11.610-627  
E-MAIL: contatoramirezcontabilidade@hotmail.com  
SIMPLES NACIONAL: ( x ) SIM ( ) NÃO  
REGIME ESPECIAL: NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA  
ENDEREÇO: RUA PADRE BROSNILAU CHERECK, 15 - CENTRO  
COMPLEMENTO:  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
TELEFONE: (12) 3896-5766  
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38  
CEP: 11.630-000  
E-MAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br  
INSC.MUNIC./ESTADUAL:  
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

5229-0/99-07 | 16.02 | SERVIÇOS DE TRANSLADO DE PASSAGEIROS NO TRANSPORTE TERRESTRE - 16.02

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

EXECUÇÃO DE 29 VIAGENS (VALOR FIXO POR VIAGEM R\$ 600,00), REALIZADAS ENTRE OS DIAS 15/12//2022 E 30/12/2022 PARA TRANSPORTE DE PASSAGEIROS PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE ILHABELA/SP.

TOTAL R\$ 17.400,00.

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 17.400,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 17.400,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 348,00
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 17.400,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BANCO BRADESCO AGÊNCIA 1013-8 CONTA 38204-3 CNPJ 43.842.979/0001-58

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: ( X )Prestador ( )Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 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 <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

Paulo de Melo Oliveira  
R. 11.610-627-X  
Emprego de Transportes  
02/01/2023

---

**Memo: 007/2023**

**De:** Transporte da Saúde

**Para:** R.H - Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela – A/ Rafael


**Data:** 02/01/2023

---

Venho por meio deste solicitar o pagamento da Nota Fiscal de nº **06/2022** no Valor **R\$17.400,00** da Empresa **J M R da Cruz**, das viagens da **2ª quinzena de Dezembro**, referente ao contrato de prestação de serviço de transporte sanitário destinado ao deslocamento de usuários para realizar consultas e exames fora do município.

Informamos que a devida nota fiscal foi conferida juntamente com a relação das escalas programadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais para o momento, assinamos o presente.



---

Jamilê do Vale Oliveira  
Encarregada de Transporte