



## 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 / 00013003500-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KANEKO PEDIATRIA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	28.703.996/0001-10
<b>Valor:</b>	R\$ 30.311,48
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	KANEKO PEDIATRIA LTD
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00158043
<b>Chave de segurança:</b>	PUAFWU17E46KYC1Y

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

00082

DATA DA EMISSÃO

01-02-2023 10:11:58

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

4891DF1DF

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:  
KANEKO PEDIATRIA LTDA  
ENDEREÇO:  
ERNESTO DE OLIVEIRA, 265 - AGUA BRANCA  
COMPLEMENTO:  
CASA 01

CPF/CNPJ:  
28.703.996/0001-10  
MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(11) 2722-3398

INSC.MUNICIPAL:  
10253  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
bgcontabilidade.fiscal@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

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO DIURNO (HORA) PEDIATRIA 83 R\$ 160,00 R\$ 13.280,00  
PLANTÃO NOTURNO (HORA) PEDIATRIA 97 R\$ 185,00 R\$ 17.945,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) PEDIATRIA R\$ 200,00 R\$ -  
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) 116 R\$ 7,00 R\$ 812,00  
SALA DE PARTO 4 R\$ 65,20 R\$ 260,80

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 32.297,80
PIS..... R\$ 209,94	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 32.297,80
COFINS..... R\$ 968,93	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 484,47	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\$ 1.986,32
CSLL..... R\$ 322,98	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 645,96
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 30.311,48

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos R\$ 4.305,30 - fonte IBPT - 13,33%

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

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

KANEKO PEDIATRIA LTDA

CNPJ: 28.703.996/0001-10

e-mail: denise@nbnconsultoriacontabil.com.br

DRA. LETÍCIA KANEKO

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

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Diurno (Hora) Pediatria	83	R\$ 160,00	R\$ 13.280,00
Plantão Noturno (Hora) Pediatria	97	R\$ 185,00	R\$ 17.945,00
Plantão Final de Semana (Hora) Pediatria		R\$ 200,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	116	R\$ 7,00	R\$ 812,00
Sala de Parto	4	R\$ 65,20	R\$ 260,80

COFINS 3,00% R\$ 968,93

PIS 0,65% R\$ 209,94

CSLL 1.00% R\$ 322,98

IRRF 1,50% R\$ 484,47

**TOTAL BRUTO R\$ 32.297,80**

**IMPOSTOS R\$ 1.986,31**

**LÍQUIDO R\$ 30.311,49**