



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 / 00013003500-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	KANEKO PEDIATRIA LTDA
CPF/CNPJ:	28.703.996/0001-10
Valor:	R\$ 21.394,80
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	KANEKO PEDIATRIA LTD
Histórico:	

Data de débito:	03/01/2023
Data / Hora da operação:	03/01/2023 13:00:00

Código da operação:	00129986
Chave de segurança:	V3YAQ2MWU7U8Q54L

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
00081

DATA DA EMISSÃO
02-01-2023 13:22:55
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
542228D5A

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: 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 78 R\$ 160,00 R\$ 12.480,00
PLANTÃO NOTURNO (HORA) PEDIATRIA 48 R\$ 185,00 R\$ 8.880,00
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) PEDIATRIA R\$ 200,00 R\$ -
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) 168 R\$ 7,00 R\$ 1.176,00
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\$ 22.796,80
PIS..... R\$ 148,18	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 22.796,80
COFINS..... R\$ 683,90	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 341,95	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\$ 1.402,00
CSLL..... R\$ 227,97	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 455,94
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 21.394,80

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos R\$ 3.038,81 - 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 com a utilização do Código de Verificação.

