



## 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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0925 / 00000042646-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LUCIANA DE ALMEIDA LIMA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.528.627/0001-12
<b>Valor:</b>	R\$ 7.900,29
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	LUCIANA DE ALMEIDA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:34:00

<b>Código da operação:</b>	00160221
<b>Chave de segurança:</b>	CR8CFM6GKVA12221

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

00141

DATA DA EMISSÃO

01/02/2023 10:34:17

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

52B8EA584

SÃO SEBASTIÃO



SP-BRASIL

SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 31/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
LUCIANA DE ALMEIDA LIMA ME  
NOME FANTASIA:  
CLINICA POR DO SOL  
ENDEREÇO:  
RUA IMPERATRIZ, 20 - BOIÇUCANGA  
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:  
17.528.627/0001-12  
MUNICÍPIO:  
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
(38) 9223-90

INSC.MUNICIPAL:  
27781  
CEP:  
11.618-122  
E-MAIL:  
anhumasdpfiscal@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:  
( ) SIM ( x ) NÃO  
REGIME ESPECIAL:  
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
ENDEREÇO:  
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO  
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
( ) -

CPF/CNPJ:  
50.320.605/0001-38  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
lulimaguaru@gmail.com

INSC.MUNIC.|ESTADUAL:  
0 |  
PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS

COMP: 01/2023 11/12/2022 A 10/01/2023  
DRA. LUCIANA DE ALMEIDA LIMA

PLANTÃO FINAL DE SEMANA (12 HORAS DIA 25/12) 12 150,00 R\$ R\$ 1.800,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) 36 150,00 R\$ R\$ 5.400,00  
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) 174 7,00 R\$ R\$ 1.218,00

TOTAL BRUTO R\$ 8.418,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 8.418,00
PIS..... R\$ 54,72	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 8.418,00
COFINS..... R\$ 252,54	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 126,27	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 517,71
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 252,54
CSLL..... R\$ 84,18	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 7.900,29

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

\*\*\*\*\*

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.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

**LUCIANA DE ALMEIDA LIMA ME**

**CNPJ: 17.528.627/0001-12**

**Banco: 0001**

**COMP: 01/2023**

**11/12/2022 a 10/01/2023**

**Agencia: 0925-3 - Conta Corrente 42646-6**

**Dr. Luciana de Almeida Lima**

**e-mail: lulimaguaru@gmail.com / abaseac@yahoo.com.br**

<b>Dra. Luciana de Almeida Lima</b>			
Plantão Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão Final de Semana (12 horas dia 25/12)	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
Plantão Final de Semana (Hora)	36	R\$ 150,00	R\$ 5.400,00
Plantão Internação Diurno		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Internação Noturno		R\$ 185,00	R\$ -
Plantão Internação Final de Semana		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão Ambulância UTI		R\$ 750,00	R\$ -
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	174	R\$ 7,00	R\$ 1.218,00
			R\$ -

**TOTAL BRUTO R\$ 8.418,00**

**IMPOSTOS R\$ 517,71**

**COFINS 3,00% R\$ 252,54**

**PIS 0,65% R\$ 54,72**

**CSLL 1,00% R\$ 84,18**

**IRRF 1,50% R\$ 126,27**

**LÍQUIDO R\$ 7.900,29**