



## 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>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00026587263-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	M D DA SILVA ABOUD SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	48.948.552/0001-52
<b>Valor:</b>	R\$ 21.059,94
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	M D DA SILVA SERVICO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/02/2023 15:36:51

<b>Código da operação:</b>	00189418
<b>Chave de segurança:</b>	K4AXFPY6YZRSE59X

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

00001

DATA DA EMISSÃO

06-02-2023 10:18:48

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

E9A16A900

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: M. D. DA SILVA ABOUD SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME  
ENDEREÇO: SÃO BENEDITO, 205 - VILA  
COMPLEMENTO:  
CPF/CNPJ: 48.948.552/0001-52  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
TELEFONE: (12) 9818-24132  
INSC.MUNICIPAL: 12577  
CEP: 11.630-000  
E-MAIL: marianneaboud1997@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

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

HORAS DE PSF \*\*\*\*\* R\$ 19.440,00  
HORAS DE PSF FINAL DE SEMANA \*\*\*\*\* R\$ 3.000,00 (PLANTÃO 31/12 - DOBRADO)

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 22.440,00
PIS..... R\$ 145,86	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 22.440,00
COFINS..... R\$ 673,20	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 336,60	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\$ 1.380,06
CSLL..... R\$ 224,40	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 448,80
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 21.059,94

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dra. Marianne Dias da Silva Aboud - COMP. 01/2023 (Período de 11/12/2022 a 10/01/2023) / Dados para pagamento: Banco INTER - 077 / Agencia 0001 - C/C 26587263-4

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.libbr.com.br](http://ilhabela.libbr.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

M.D. DA SILVA ABOUD SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ 48.948.552/0001-52

Banco INTER - 077

COMP: 01/2023

11/12/2022 a 10/01/2023

AGÊNCIA 0001 - C/C 26587263-4

Dra. Marianne Dias da Silva Aboud - CRM 236.756

e-mail: marianneaboud1997@gmail.com - Telefone: 12 98182-4132

DESCRIÇÃO	QTD.	UBS / PSF	
		VALOR	TOTAL
Horas de PSF	162	R\$ 120,00	R\$ 19.440,00
Horas de PSF Final de Semana (Plantão 31/12 - dobrado)	10	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 22.440,00

COFINS 3,00% R\$ 673,20

IMPOSTOS R\$ 1.380,06

PIS 0,65% R\$ 145,86

CSLL 1,00% R\$ 224,40

IRRF 1,50% R\$ 336,60

**LÍQUIDO R\$ 21.059,94**