



## 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\$ 8.479,34
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	M D DA SILVA SERVICOS
<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>	00189419
<b>Chave de segurança:</b>	Z963UFW853F9PEG3

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

00002

DATA DA EMISSÃO

06-02-2023 10:23:29

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

B3AF66565

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 CPF/CNPJ: 48.948.552/0001-52 INSC.MUNICIPAL: 12577 SIMPLES NACIONAL: ( ) SIM ( x ) NÃO  
ENDEREÇO: SÃO BENEDITO, 205 - VILA MUNICÍPIO: ILHABELA - SP CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 9818-24132 E-MAIL: marianneaboud1997@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 INSC.MUNICIPAL: 883  
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO MUNICÍPIO: ILHABELA - SP CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-5566 E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO FINAL DE SEMANA (12H NOITE 24/12) \*\*\*\*\* R\$ 3.600,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 900,00  
PLANTÃO DIURNO CAB (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 1.440,00  
PLANTÃO NOTURNO CAB (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 1.740,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA CAB (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 900,00  
PRODUÇÃO POR FICHA DE ATENDIMENTO \*\*\*\*\* R\$ 455,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 9.035,00
PIS..... R\$ 58,73	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 9.035,00
COFINS..... R\$ 271,05	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 135,53	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\$ 555,66
CSLL..... R\$ 90,35	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 180,70
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 8.479,34

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 / Agência 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.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

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.	HOSPITAL	
		VALOR	TOTAL
Plantão Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão Final de Semana (12 hrs noite 24/12)	12	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
Plantão Final de Semana (Hora)	6	R\$ 150,00	R\$ 900,00
Chefe de Plantão Diurno (Hora)		R\$ 160,00	R\$ -
Chefe de Plantão Noturno (Hora)		R\$ 185,00	R\$ -
Chefe de Plantão Final de Semana (Hora)		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão Diurno CABC (Hora)	12	R\$ 120,00	R\$ 1.440,00
Plantão Noturno CABC (Hora)	12	R\$ 145,00	R\$ 1.740,00
Plantão Final de Semana CABC (Hora)	6	R\$ 150,00	R\$ 900,00
Plantão Ambulância UTI		R\$ 750,00	R\$ -
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	65	R\$ 7,00	R\$ 455,00

TOTAL BRUTO R\$ 9.035,00

COFINS 3,00% R\$ 271,05

IMPOSTOS R\$ 555,65

PIS 0,65% R\$ 58,73

CSLL 1,00% R\$ 90,35

IRRF 1,50% R\$ 135,53

**LÍQUIDO R\$ 8.479,35**