



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: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 1013 / 00000033086-8 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 28.547.318/0001-06 |
| Valor: | R\$ 14.527,98 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MALU ASSISTENCIA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 06/02/2023 |
| Data / Hora da operação: | 06/02/2023 15:36:59 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00189513 |
| Chave de segurança: | YZXFGERN94A01M40 |

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
00177

DATA DA EMISSÃO
03-02-2023 14:20:00
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
C4AAAB1C4

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: MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME
CPF/CNPJ: 28.547.318/0001-06
INSC.MUNICIPAL: 10232
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: DAS ARARAS, 46 - PORTINHO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 9815-66131
E-MAIL: albertomgorro@hotmail.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

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO DIURNO MELHOR EM CASA (HORA) ***** R\$ 14.520,00
PLANTÃO DISTANCIA (HORA) ***** R\$ 960,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 15.480,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| PIS..... R\$ 100,62 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 15.480,00 |
| COFINS..... R\$ 464,40 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 232,20 | 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\$ 952,02 |
| CSLL..... R\$ 154,80 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 309,60 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 14.527,98 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DRA. MILENE DESLANDES (COMP. 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 31/01/2023)

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.



Santa Casa

de Misericórdia de Ilhabela

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME

CNPJ: 28.547.318/0001-06

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

DRA. MILENE DESLANDES

e-mail: albertomgorro@hotmail.com

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--------------------------------------|------|------------|---------------|
| Plantão Diurno Melhor em Casa (Hora) | 121 | R\$ 120,00 | R\$ 14.520,00 |
| Plantão à Distância (Hora) | 24 | R\$ 40,00 | R\$ 960,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 15.480,00

COFINS 3,00% R\$ 464,40

IMPOSTOS R\$ 952,02

PIS 0,65% R\$ 100,62

CSLL 1,00% R\$ 154,80

LÍQUIDO R\$ 14.527,98

IRRF 1,50% R\$ 232,20