



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 / 00013003295-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MARCELA DO SOUTO FINK ME
CPF/CNPJ:	25.318.386/0001-05
Valor:	R\$ 21.610,50
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	MARCELA DO SOUTO FIN
Histórico:	

Data de débito:	01/02/2023
Data / Hora da operação:	01/02/2023 15:17:59

Código da operação:	00158038
Chave de segurança:	82QP63FY6ZVWGRK9

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

00446

DATA DA EMISSÃO

31-01-2023 21:08:42

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

0D9490D

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:
MARCELA DO SOUTO FINK - ME

ENDEREÇO:
ANTONIA CORREIA PINTO, 106 - PEREQUE

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
25.318.386/0001-05

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP

TELEFONE:
(12) 9917-37447

INSC.MUNICIPAL:
09246

CEP:
11.630-000

E-MAIL:
macelafink@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () 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

ATENDIMENTO 20 HORAS SEMANAIS CAPS I: R\$ 13.562,46

ATENDIMENTOS CENTRO DE REFERÊNCIA. QUANTIDADE: 77 VALOR UNITÁRIO: R\$104,52 VALOR TOTAL: R\$ 8.048,04

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00
COFINS..... R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 21.610,50

Base de Cálculo..... R\$ 21.610,50

Valor de Crédito..... R\$ 0,00

Total de Deduções..... R\$ 0,00

Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00

Valor do ISS..... R\$ 432,21

VALOR LÍQUIDO..... R\$ 21.610,50

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 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.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MARCELA DO SOUTO FINK - ME

CNPJ: 25.318.386/0001-05

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

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
CORREÇÃO DOS VALORES / IGPM			
Atendimento 20 horas semanais CAPS I			R\$ 13.562,46
Atendimentos Centro de Referência	77	R\$ 104,52	R\$ 8.048,04

TOTAL BRUTO R\$ 21.610,50

IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 21.610,50