



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0530 / 00013004946-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	T R MUNIZ SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.022.239/0001-28
<b>Valor:</b>	R\$ 34.858,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	T R MUNIZ SERVICOS M
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00158048
<b>Chave de segurança:</b>	R0VGWC233T3UT520

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  
00164

DATA DA EMISSÃO  
01-02-2023 08:42:37  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
A506E605A

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:** T. R. MUNIZ SERVICOS MEDICOS LTDA  
**ENDEREÇO:** RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 118 - PEREQUE  
**COMPLEMENTO:** CASA 01  
**CPF/CNPJ:** 18.022.239/0001-28  
**MUNICÍPIO:** ILHABELA - SP  
**TELEFONE:** (12) 9924-99332  
**INSC.MUNICIPAL:** 07983  
**CEP:** 11.630-000  
**E-MAIL:** tiagoniz@hotmail.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

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADO REFERENTE AO MÊS JANEIRO DE 2023. PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023  
PLANTÃO DIURNO \*\*\*\*\*R\$ 1.440,00  
PLANTÃO RESPIRATÓRIO DIURNO \*\*\*\*\*R\$ 9.600,00  
PLANTÃO RESPIRATÓRIO FINAL DE SEMANA \*\*\*\*R\$ 4.800,00  
CHEFE DE PLANTÃO DIURNO \*\*\*\*\*R\$ 1.920,00  
CHEFE DE PLANTÃO NOTURNO \*\*\*\*\*R\$ 2.220,00  
PLANTÃO AMBULÂNCIA UTI \*\*\*\*\* R\$ 12.750,00  
TRANSFERÊNCIA AMBULÂNCIA UTI \*\*\*\*\* R\$ 4.000,00  
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) \*\*\*\*\*R\$ 413,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 37.143,00
PIS..... R\$ 241,43	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 37.143,00
COFINS..... R\$ 1.114,29	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 557,15	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\$ 2.284,30
CSLL..... R\$ 371,43	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 742,86
	Regime Especial Tributação... Nenhum	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 34.858,70</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

"PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇO CONFORME CONVÊNIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001"

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 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

T. R. MUNIZ SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

CNPJ: 18.022.239/0001-28

BANCO SANTANDER

AGÊNCIA 0530 - C/C 13004946-5

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

e-mail: contabil2@villabellacontabilidade.com ou tiagoniz@hotmail.com

Dr. Thiago Rios Muniz				VALOR	TOTAL
DESCRIÇÃO					
Plantão Diurno (Hora)	12		R\$ 120,00	R\$ 1.440,00	
Plantão Noturno (Hora)			R\$ 145,00	R\$ -	
Plantão Final de Semana (Hora)			R\$ 150,00	R\$ -	
Plantão Respiratório Diurno	60		R\$ 160,00	R\$ 9.600,00	
Plantão Respiratório Noturno			R\$ 185,00	R\$ -	
Plantão Respiratório Final de Semana	24		R\$ 200,00	R\$ 4.800,00	
Chefe de Plantão Diurno (Hora)	12		R\$ 160,00	R\$ 1.920,00	
Chefe de Plantão Noturno (Hora)	12		R\$ 185,00	R\$ 2.220,00	
Chefe de Plantão Final de Semana (Hora)			R\$ 200,00	R\$ -	
Plantão Ambulância UTI	17		R\$ 750,00	R\$ 12.750,00	
Transferência Ambulância UTI	8		R\$ 500,00	R\$ 4.000,00	
Produção (por ficha de atendimento)	59		R\$ 7,00	R\$ 413,00	
				R\$ -	

TOTAL BRUTO R\$ 37.143,00

IMPOSTOS R\$ 2.284,29

COFINS 3,00% R\$ 1.114,29

PIS 0,65% R\$ 241,43

CSLL 1,00% R\$ 371,43

IRRF 1,50% R\$ 557,15

**LÍQUIDO R\$ 34.858,71**