



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 / 00013004436-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MARCOS CONSONNI SERVICOS MEDICOS
CPF/CNPJ:	38.903.920/0001-92
Valor:	R\$ 17.590,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	MARCOS CONSONNI
Histórico:	

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

Código da operação:	00158044
Chave de segurança:	V7U6JWMQ45YYL685

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
00048

DATA DA EMISSÃO
31-01-2023 19:33:02
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
7BABFOA33

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:** MARCOS CONSONNI SERVICOS MEDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA
CPF/CNPJ: 38.903.920/0001-92
INSC.MUNICIPAL: 11342
SIMPLES NACIONAL: (x) SIM () NÃO
ENDEREÇO: ANÍBAL TELLES CORREA, 131 - CENTRO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 3896-6839
E-MAIL: maconsonni@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

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

COMPETÊNCIA: 12/2022 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023
AVALIAÇÃO COM ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA - 46 - R\$ 270,00 - R\$ 12.420,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL - 4 - R\$ 70,00 - R\$ 280,00
ECOCARDIOGRAMA FETAL - CRE - 1 - R\$ 250,00 - R\$ 250,00
ECOCARDIOGRAMA FETAL - COMPLEMENTO GEMELAR - 2 - R\$ 70,00 - R\$ 140,00
PLANTÃO P2 - 12 HORAS - 4 - R\$ 750,00 - R\$ 3.000,00
PLANTÃO P2 - 24 HORAS - 1 - R\$ 1.500,00 - R\$ 1.500,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 17.590,00
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 17.590,00
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	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\$ 0,00
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 351,80
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 17.590,00

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

MARCOS CONSONNI SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA

CNPJ: 38.903.920/0001-92

BANCO SANTANDER

AG: 0530 - C/C 13004436-7

e-mail: maconsonni@gmail.com

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

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
DR. MARCOS CONSONNI			
PLANTÃO SEMANAL (24 HORAS)		R\$ 3.000,00	R\$ -
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (24 HORAS)		R\$ 3.000,00	R\$ -
AVALIAÇÃO COM ULTRAS. MORFOLÓGICA	46	R\$ 270,00	R\$ 12.420,00
AVAL. COM ULTRAS. MORF. MULTIPLA		R\$ 340,00	R\$ -
CURSO DE CAPACITAÇÃO PRÉ NATAL		R\$ 2.000,00	R\$ -
AMNIOCENTESE		R\$ 2.000,00	R\$ -
ULTRASSONOGRÁVIA TRANSVAGINAL	4	R\$ 70,00	R\$ 280,00
ECOCARDIOGRAMA FETAL - CRE	1	R\$ 250,00	R\$ 250,00
ECO. FETAL - COMPLEMENTO GEMELAR	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
Plantão P2 - 12 horas	4	R\$ 750,00	R\$ 3.000,00
Plantão P2 - 24 horas	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00

TOTAL BRUTO R\$ 17.590,00

IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 17.590,00