



## 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>	4394 / 00013002152-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MARVAO E MEDEIRO SERVICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	36.120.050/0001-50
<b>Valor:</b>	R\$ 36.132,25
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	MARVAO E MEDEIRO SER
<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>	00158063
<b>Chave de segurança:</b>	N56JX1KWY7JRVZ1

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 DE BELÉM**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Número da Nota  
**00000122**

Data e Hora da Emissão  
**01/02/2023 11:20:36**

Código de Verificação  
**BF74.3BFD.4338.ED80.9B4D.A077.8D4B.D859**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome / Razão Social: **MARVÃO & MEDEIRO SERVIÇOS EM TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO**  
CPF / CNPJ: **36.120.050/0001-50** Inscrição: **3405718**  
Endereço: **TRAVESSA ANGUSTURA Nº 3340 SALA:02 BAIRRO MARCO CEP 66093-040**  
Município: **BELEM** UF: **PA**  
Email: **honoriomedeiros@yahoo.com.br** Telefone: **(32) 433147**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome / Razão Social: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**  
CPF/CNPJ: **50.320.605/0001-38**  
Endereço: **R PADRE BRONISLAU CHERECK, N 15 BAIRRO CENTRO CEP 11630-000**  
Município: **ILHABELA** UF: **SP**  
Email: **financeiro@santacasailhabela.org.br** Telefone: **(12) 3896-5766**

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS REF. AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE CIRURGIA GERAL NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2023.

PLANTÃO P1 (24 HORAS) 11 2.500,00 R\$ 27.500,00  
PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL) 5,5 1.500,00 R\$ 8.250,00  
PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE) 5,5 500,00 R\$ 2.750,00

DADOS PARA PAGAMENTO  
BANCO SANTANDER  
AGENCIA 4394  
CONTA CORRENTE 13002152-0

Tributável	Serviços	QTDe	Val. Uni. (R\$)	Val. Total
SIM	PLANTÃO P1 (24 HORAS)	11	2.500,00	27.500,00
SIM	PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE)	5	550,00	2.750,00
SIM	PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL)	5	1.650,00	8.250,00

PIS (0,6500%):  
**R\$ 250,25**

COFINS (3,0000%):  
**R\$ 1.155,00**

INSS (0,0000%):  
**R\$ 0,00**

IR (1,5000%):  
**R\$ 577,50**

CSLL (1,0000%):  
**R\$ 385,00**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 38.500,00**

Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 38.500,00</b>	Alíquota: <b>3,00 %</b>	Valor do ISS: <b>R\$ 1.155,00</b>
--	--	----------------------------	--------------------------------------

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Competência: **02/2023**  
Mun. de Prest. do Serviço: **ILHABELA / SP**  
Tributação: **Tributável**  
Mun. de Incid. do Imposto: **BELEM / PA**  
Recolhimento: **ISS a recolher pelo Prestador**  
Atividade: **863050100 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE**  
Serviço: **0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES.**  
Obrigação Tributária: **Normal**



**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

**MARVAO & MEDEIRO SERVIÇOS EM TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL LTDA**

CNPJ: 36.120.050/0001-50

COMP: 01/2023

Banco: SANTANDER

Agência: 4394 - Cc 13.002152-0

e-mail: honoriomedeiros@icloud.com

Celular: 91-8882-1349

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
<b>NOVO CONTRATO CIRURGIA</b>			
PLANTÃO P1 (24 HORAS)	11	R\$ 2.500,00	R\$ 27.500,00
PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL)	5,5	R\$ 1.500,00	R\$ 8.250,00
PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE)	5,5	R\$ 500,00	R\$ 2.750,00
PLANTÃO Cirurgia Eletiva (Segunda a Sexta)		R\$ 1.500,00	R\$ -

**TOTAL BRUTO R\$ 38.500,00**

**IMPOSTOS R\$ 2.367,75**

COFINS 3,00% R\$ 1.155,00

PIS 0,65% R\$ 250,25

CSLL 1,00% R\$ 385,00

IRRF 1,50% R\$ 577,50

**LÍQUIDO R\$ 36.132,25**