



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: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4694 / 00000108444-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MINAMIHARA E MINAMIHARA LTDA |
| CPF/CNPJ: | 23.204.370/0001-46 |
| Valor: | R\$ 54.188,89 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MINAMIHARA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 05/01/2023 |
| Data / Hora da operação: | 05/01/2023 13:18:55 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00139953 |
| Chave de segurança: | 93MFFK6SR30QJYV2 |

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

00263

DATA DA EMISSÃO

05-01-2023 12:05:17

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

3F80E1BEE

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:
MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME
ENDEREÇO:
JOSE BONIFACIO, 411 - AGUA BRANCA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
23.204.370/0001-46
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 9972-66780

INSC.MUNICIPAL:
08787
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
empresaminamihara@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

NEFROLOGIA- DR. LUIZ FERNANDO
CONTRATO NEFROLOGIA R\$ 20.000,00 R\$ 20.000,00
ATENDIMENTO HORIZONTAL R\$ 15.000,00 R\$ 15.000,00
PLANTÃO INTERNAÇÃO DIURNO 12 1R\$ 60,00 R\$ 1.920,00
PLANTÃO INTERNAÇÃO NOTURNO 12 R\$185,00 R\$ 2.220,00
PLANTÃO INTERNAÇÃO FINAL DE SEMANA 66 R\$200,00 R\$ 13.200,00
PLANTÃO UTI (12 HORAS) 3 R\$1.800,00 R\$ 5.400,00
PLANTÃO UTI FINAL DE SEMANA (12 HORAS) R\$ 2.100,00

TOTAL BRUTO R\$ 57.740,00
IMPOSTOS R\$ 3.551,01
LÍQUIDO R\$ 54.188,99

COFINS 3,00% R\$ 1.732,20
PIS 0,65% R\$ 375,31
CSLL 1,00% R\$ 577,40
IRRF 1,50% R\$ 866,10

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 57.740,00 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| PIS..... R\$ 375,31 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 57.740,00 |
| COFINS..... R\$ 1.732,20 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 866,10 | 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\$ 3.551,01 |
| CSLL..... R\$ 577,40 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 1.154,80 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 54.188,99 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR CONFORME 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.lib.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

MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME

CNPJ: 23.204.370/0001-46

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

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|---------------|---------------|
| DR. LUIZ FERNANDO | | | |
| CONTRATO NEFROLOGIA | | R\$ 20.000,00 | R\$ 20.000,00 |
| ATENDIMENTO HORIZONTAL | | R\$ 15.000,00 | R\$ 15.000,00 |
| Plantão Internação Diurno | 12 | R\$ 160,00 | R\$ 1.920,00 |
| Plantão Internação Noturno | 12 | R\$ 185,00 | R\$ 2.220,00 |
| Plantão Internação Final de Semana | 66 | R\$ 200,00 | R\$ 13.200,00 |
| PLANTÃO UTI (12 HORAS) | 3 | R\$ 1.800,00 | R\$ 5.400,00 |
| PLANTÃO UTI FINAL DE SEMANA (12 HORAS) | | R\$ 2.100,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 57.740,00

COFINS 3,00% R\$ 1.732,20

PIS 0,65% R\$ 375,31

CSLL 1,00% R\$ 577,40

IRRF 1,50% R\$ 866,10

IMPOSTOS R\$ 3.551,01

LÍQUIDO R\$ 54.188,99