



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\$ 16.483,53
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	MINAMIHARA
Histórico:	

Data de débito:	07/02/2023
Data / Hora da operação:	07/02/2023 12:07:05

Código da operação:	00139253
Chave de segurança:	E8UP67ZXYMSMSER8

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

00267

DATA DA EMISSÃO

06-02-2023 22:09:27

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

418457041

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 02/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: 00266 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:
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566
INSC.MUNICIPAL: 883
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO PSIQUIATRIA

COMP: 01/2023

DR. ALEXANDRE YUZO
ATENDIMENTOS HOSPITAL MÁRIO CÓVAS (11) R\$ 1.596,70 R\$17.563,70

TOTAL BRUTO R\$ 17.563,70
IMPOSTOS R\$1.080,17
LÍQUIDO R\$ 16.483,53

COFINS 3,00% R\$ 526,91
PIS 0,65% R\$ 114,16
CSLL 1,00% R\$ 175,64
IRRF 1,50% R\$ 263,46

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 17.563,70
PIS..... R\$ 114,16	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 17.563,70
COFINS..... R\$ 526,91	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 263,46	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\$ 1.080,17
CSLL..... R\$ 175,64	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 351,27
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 16.483,53

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.liibr.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

MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME

CNPJ: 23.204.370/0001-46

COMP: 01/2023

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
DR. ALEXANDRE YUZO			
Atendimentos Hospital Mário Cóvas	11	R\$ 1.596,70	R\$ 17.563,70

TOTAL BRUTO R\$ 17.563,70

IMPOSTOS R\$ 1.080,17

COFINS 3,00% R\$ 526,91

PIS 0,65% R\$ 114,16

CSLL 1,00% R\$ 175,64

IRRF 1,50% R\$ 263,46

LÍQUIDO R\$ 16.483,53