



## 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>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0383 / 00000008181-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MONTE E AROUCA SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.901.334/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 38.009,25
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	MONTE E AROUCA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/02/2023 15:36:59

<b>Código da operação:</b>	00189678
<b>Chave de segurança:</b>	HLW4A113M2QTA8HW

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



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA  
00179

DATA DA EMISSÃO  
31/01/2023 17:57:03  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
99C581BDE



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 31/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
MONTE & AROUCA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
NOME FANTASIA:

ENDEREÇO:  
ALAMEDA DAS ENCHOVAS, 180 - PRAIA DO ARRASTÃO  
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:  
18.901.334/0001-00  
MUNICÍPIO:  
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
(12) 3881-2443

INSC.MUNICIPAL:  
29328  
CEP:  
11.605-115  
E-MAIL:  
phadmcontabil@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:  
( ) SIM ( x ) NÃO  
REGIME ESPECIAL:  
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:  
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
ENDEREÇO:  
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO  
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
( ) -

CPF/CNPJ:  
50.320.605/0001-38  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
financeiro@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNIC.|ESTADUAL:  
|  
PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/01-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - 4.03

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR RAFAEL DE CASTRO SANTANA AROUCA,REFERENTE AO PERÍODO COMPETÊNCIA 01/2023  
COORDENAÇÃO CIRÚRGICA R\$ 2.000,00  
PLANTÃO P1 (24 HORAS) QTD 10 R\$ 2.500,00 R\$ 25.000,00  
PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL) QTD 3 R\$ 1.500,00 R\$ 4.500,00  
PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE) QTD 3 R\$ 500,00 R\$ 1.500,00  
PLANTÃO P3 12 HORAS (DE SEGUNDA A SEXTA) QTD 5 R\$ 1.500,00 R\$ 7.500,00  
TOTAL BRUTO: R\$ 40.500,00  
DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 1.883,25  
RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 607,50

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 40.500,00
PIS..... R\$ 263,25	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 40.500,00
COFINS..... R\$ 1.215,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 607,50	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 2.490,75
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 1.215,00
CSLL..... R\$ 405,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 38.009,25</b>

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 São Sebastião.
- 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 <https://saosebastiao.iibr.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

MONTE & AROUCA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 18.901.334/0001-00

Banco Itaú

Agência: 0383 / C/C 08181-7

e-mail: phadmcontabil@hotmail.com / rafarouca@uol.com.br

COMP: 01/2023

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
COORDENAÇÃO CIRÚRGICA			R\$ 2.000,00
PLANTÃO P1 (24 HORAS)	10	R\$ 2.500,00	R\$ 25.000,00
PLANTÃO P2 12 HORAS (PRESENCIAL)	3	R\$ 1.500,00	R\$ 4.500,00
PLANTÃO P2 12 HORAS NOITE (DISPONIBILIDADE)	3	R\$ 500,00	R\$ 1.500,00
PLANTÃO P3 12 HORAS (De Segunda a Sexta)	5	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00
		<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 40.500,00</b>
		<b>IMPOSTOS</b>	<b>R\$ 2.490,75</b>
		<b>LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 38.009,25</b>
COFINS 3,00%	R\$ 1.215,00		
PIS 0,65%	R\$ 263,25		
CSLL 1,00%	R\$ 405,00		
IRRF 1,50%	R\$ 607,50		