



## 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>	0530 / 00013003792-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	OCEANOS SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.238.419/0001-72
<b>Valor:</b>	R\$ 2.815,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	OCEANOS SAUDE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2023 13:29:06

<b>Código da operação:</b>	00137376
<b>Chave de segurança:</b>	E4YMS8M3XWHSGKS3

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  
00247

DATA DA EMISSÃO  
04-02-2023 10:52:52  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
4F958BBB0

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 02/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:  
OCEANOS SAUDE SERVIÇOS MEDICOS LTDA  
ENDEREÇO:  
PIUAI, 100 - ILHABELA  
COMPLEMENTO:  
LOJA 1 E 2

CPF/CNPJ:  
32.238.419/0001-72  
MUNICÍPIO:  
ILHABELA - SP  
TELEFONE:  
(12) 9924-48668

INSC.MUNICIPAL:  
10743  
CEP:  
11.630-000  
E-MAIL:  
daniel.contabil@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

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

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

PROFISSIONAL: DR. CAMILA RODRIGUES MONTEIRO CRM-PA 9753

SERVIÇO PRESTADO:  
- PLANTÃO UBS DIA 01/01/2023 - DOBRADO 10 HRS X R\$ 300,00 = R\$ 3.000,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 3.000,00
PIS..... R\$ 19,50	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 3.000,00
COFINS..... R\$ 90,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 45,00	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\$ 184,50
CSLL..... R\$ 30,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 60,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 2.815,50</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 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](http://ilhabela.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

OCEANOS SAUDE SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 32.238.419/0001-72

COMP: 01/2023 De: 11/12/2022 a 10/01/2023

DR. CAMILA RODRIGUES MONTEIRO CRM-PA 9753

e-mail: marciasfiasi@gmail.com ou fiscal@focuscontabilidade.com.br

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
PLANTÃO UBS DIA 01/01/2023 - DOBRADO	10 HRS	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
		<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 3.000,00</b>
		<b>IMPOSTOS</b>	<b>R\$ 184,50</b>
COFINS 3,00%	R\$ 90,00		
PIS 0,65%	R\$ 19,50		
CSSL 1,00%	R\$ 30,00		
IRRF 1,50%	R\$ 45,00		
		<b>LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 2.815,50</b>