



## 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\$ 30.219,70
<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>	05/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	05/01/2023 13:18:55

<b>Código da operação:</b>	00139973
<b>Chave de segurança:</b>	2VVJCC07QSTNUHZQ

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

00237

DATA DA EMISSÃO

03-01-2023 12:11:18

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

70A0C8624

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:  
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: 12/2022

PROFISSIONAL: DR. MAURÍCIO IASI

SERVIÇOS PRESTADOS:

- PLANTÃO P1 (24 HORAS) 10X R\$ 2.500,00 = R\$ 25.000,00
- PLANTÃO P3 12 HORAS (DE SEGUNDA À SEXTA) = R\$ 4X R\$ 1.500,00 = R\$ 6.000,00
- CIRURGIA INFANTIL (POR CIRURGIA) 6X R\$ 200,00 = R\$ 1.200,00

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 209,30  
COFINS..... R\$ 966,00  
IR..... R\$ 483,00  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 322,00

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS ..... 2,00 %  
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00  
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00  
Outras Retenções..... R\$ 0,00  
Outras Deduções..... R\$ 0,00  
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 32.200,00  
Base de Cálculo..... R\$ 32.200,00  
Valor de Crédito..... R\$ 0,00  
Total de Deduções..... R\$ 0,00  
Total de Imp. Federais..... R\$ 1.980,30  
Valor do ISS..... R\$ 644,00  
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 30.219,70

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

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: 12/2022

DR. MAURÍCIO IASI

e-mail.: mauricioiasi@gmail.com

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
<b>NOVO CONTRATO CIRURGIA</b>			
Plantão P1 (24 Horas)	10	R\$ 2.500,00	R\$ 25.000,00
Plantão P2 12 Horas Dia (Presencial)		R\$ 1.500,00	R\$ -
Plantão P2 12 Horas Noite (Disponibilidade)		R\$ 500,00	R\$ -
Plantão P3 12 Horas (De segunda a sexta)	4	R\$ 1.500,00	R\$ 6.000,00
Plantão P3 12 Horas (SEM ELETIVA)		R\$ 1.000,00	R\$ -
Cirurgia Infantil (Por cirurgia)	6	R\$ 200,00	R\$ 1.200,00

**TOTAL BRUTO R\$ 32.200,00**

**IMPOSTOS R\$ 1.980,30**

COFINS 3,00% R\$ 966,00

PIS 0,65% R\$ 209,30

CSSL 1,00% R\$ 322,00

IRRF 1,50% R\$ 483,00

**LÍQUIDO R\$ 30.219,70**