



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: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0530 / 00013003792-1 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | OCEANOS SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 32.238.419/0001-72 |
| Valor: | R\$ 9.385,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | OCEANOS SAUDE |
| Histórico: | |

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

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00139976 |
| Chave de segurança: | Q9UWPC4PHEP6FLA0 |

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
00238

DATA DA EMISSÃO
03-01-2023 12:13:43
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
D6397BB97

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:
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

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

COMP: 12/2022 - DE: 11/11/2022 A 10/12/2022

PROFISSIONAL: DR. MARCIA IASI

SERVIÇO PRESTADO:

ATENDIMENTO HEPATOLOGIA CENTRO DE ESPECIALIDADES (HORA) 80X R\$ 125,00 = R\$ 10.000,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 10.000,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| PIS..... R\$ 65,00 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 10.000,00 |
| COFINS..... R\$ 300,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 150,00 | 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\$ 615,00 |
| CSLL..... R\$ 100,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 200,00 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 9.385,00 |

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.libr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

