



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:	0004 / 00000140989-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PROBENE SERVICOS MEDICOS
CPF/CNPJ:	29.857.152/0001-97
Valor:	R\$ 65.894,42
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PROBENE SERVICOS
Histórico:	

Data de débito:	12/01/2023
Data / Hora da operação:	12/01/2023 15:07:57

Código da operação:	00139670
Chave de segurança:	3YHQ1PCYE9FM773N

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 DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da
NFS-e
207



Data e Hora da Emissão	12/01/2023 09:35:43	Competência	12/1/2023	Código de Verificação	3LDFCTQVP
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	PROBENE SERVICOS MEDICOS S/S				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	29.857.152/0001-97	Inscrição Municipal	2779355	Município	SANTOS - SP
Endereço e Cep	RUA Amador Bueno 26 ,26 - Centro CEP: 11013-908				
Complemento:	0074	Telefone:	(13)3301-1097	e-mail:	fiscal@mrconsultoriacontabil.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA				
CNPJ/CPF	50.320.605/0001-38	Inscrição Municipal		Município	ILHABELA - SP
Endereço e CEP	RUA PADRE BRONISLAU CHERECK ,15 - CENTRO CEP: 11630-000				
Complemento:		Telefone:	(12)3896-1710	e-mail:	financeiro@santacasailhabela.org.br

Discriminação dos Serviços

Prestação de Serviço em Diagnostico e métodos gráficos - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela. SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

RESPONSABILIDADE TÉCNICA R\$ 3.000,00
PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE CRE - QTD 08 - R\$ 800,00 - TOTAL R\$ 6.400,00
MAMOGRAFIA - QTD 95 - R\$ 20,00 - TOTAL 1.900,00
MAMOGRAFIA (25%) - QTD 36 - R\$ 25,00 - TOTAL 900,00
DESINTOMETRIA OSSEA (ATE 50 EXAMES) - QTD 50 - R\$ 20,00 - TOTAL 1.000,00
DESINTOMETRIA OSSEA (25%) - QTD 0 - R\$ 25,00 - TOTAL 0,00
ESPIROMETRIA (ATE 50 EXAMES) - QTD 50 - R\$ 25,00 - TOTAL 1250,00
ESPIROMETRIA (25%) - QTD 0 - R\$ 31,25 - TOTAL 0,00
ULTRASSONOGRAFIA GERAL - QTD 310 - R\$ 60,00 - TOTAL R\$ 18.600,00
ULTRASSONOGRAFIA GERAL (25%) - QTD 254 - R\$ 75,00 - TOTAL R\$ 19.050,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER (25%) - QTD 0 - R\$ 87,50 - TOTAL R\$ 0,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER - QTD 195 - R\$ 70,00 - TOTAL R\$ 13.650,00
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICO (25%) - QTD 43 - R\$ 87,50 - TOTAL R\$ 3.762,50
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICO - QTD 10 - R\$ 70,00 - TOTAL R\$ 700,00
Valor Aproximado dos Tributos: 13,45%

Código do Serviço / Atividade

4.02 / 864020501 - serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia - radiodiagnóstico

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS	456,38	COFINS	2.106,38	IR(R\$)	1.053,19	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	702,13
-----	--------	--------	----------	---------	----------	-----------	--	-----------	--------

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R\$	70.212,50	Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	70.212,50
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	4.318,08	0-Nenhum		Base de Cálculo	70.212,50
Outras Retenções		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	2,00
(-) ISS Retido		2 - Não		ISS a reter:	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	65.894,42	Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$	1.404,25
		2-Não			

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, santos.ginfes.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

PROBENE SERVIÇOS MÉDICOS S/S

CNPJ: 29.857.152/0001-97

BANCO DO BRASIL

Agência: 4-3 C/C 140989-1

e-mail: prob.paulogarcia@gmail.com

COMP: 12/2022 PERÍODO: 01/12/2022 a 31/12/2022

Médico Responsável: Dr Paulo Fabiani

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
RESPONSABILIDADE TÉCNICA			R\$ 3.000,00
PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE CRE	8	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
MAMOGRAFIA	95	R\$ 20,00	R\$ 1.900,00
MAMOGRAFIA (25%)	36	R\$ 25,00	R\$ 900,00
DESINTOMETRIA OSSEA (ATÉ 50 EXAMES)	50	R\$ 20,00	R\$ 1.000,00
DESINTOMETRIA OSSEA (25 %)		R\$ 25,00	R\$ -
ESPIROMETRIA (ATÉ 50 EXAMES)	50	R\$ 25,00	R\$ 1.250,00
ESPIROMETRIA (25%)		R\$ 31,25	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA GERAL	310	R\$ 60,00	R\$ 18.600,00
ULTRASSONOGRRAFIA GERAL (25%)	254	R\$ 75,00	R\$ 19.050,00
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER	195	R\$ 70,00	R\$ 13.650,00
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER (25%)		R\$ 87,50	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA (25%)	43	R\$ 87,50	R\$ 3.762,50

COFINS 3,00% R\$ 2.106,38

PIS 0,65% R\$ 456,38

CSLL 1,00% R\$ 702,13

IRRF 1,50% R\$ 1.053,19

R\$ 70.212,50

IMPOSTOS R\$ 4.318,07

LÍQUIDO R\$ 65.894,43