



## 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>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0004 / 00000140989-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PROBENE SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	29.857.152/0001-97
<b>Valor:</b>	R\$ 115.378,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PROBENE SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00139671
<b>Chave de segurança:</b>	W58E9YAHZUZ2HTJ9

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

		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e</b>			Número da NFS-e 208				
Data e Hora da Emissão	12/01/2023 09:53:22	Competência	12/1/2023	Código de Verificação	PRE54GZK5				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTOS - SP				
<b>Dados do Prestador de Serviços</b>									
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				
<b>Dados do Tomador de Serviços</b>									
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				
<b>Discriminação dos Serviços</b>									
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 PLANTÕES 12 HORAS FIXOS + 12 HORAS SOBRE AVISO - QTD 31 - R\$ 1.400,00 - TOTAL R\$ 43.400,00 SISTEMAS PACS - FIXO/MÊS - QTD 0 - R\$ 0,00 - TOTAL R\$7.800,00 ARMAZENAMENTO (ATÉ 1.700 NOVOS EXAMES/MÊS) - QTD 7.627 - R\$ 0,80 - TOTAL R\$ 6.101,60 PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE HMGMC - QTD 08 - R\$ 800,00 - TOTAL R\$ 6.400,00 RX SEM CONTRASTE URGÊNCIA/EMERGENCIA ATÉ 85 EXAMES - QTD 85 - R\$ 10,00 - TOTAL R\$ 850,00 RX SEM CONTRASTE URGÊNCIA/EMERGENCIA (25%) - QTD 102 - R\$ 10,00 - TOTAL R\$ 1.275,00 BIOPSIA DIRIGIDA POR ULTRASSON - QTD 0 - VR. 450,00 - TOTAL 0,00 BIOPSIA DIRIGIDA POR TOMOGRAFIA - QTD 0 - VR. 700,00 - TOTAL 0,00 TOMOGRAFIA - QTD 290 - VALOR R\$ 70,00 - TOTAL R\$ 20.300,00 TOMOGRAFIA (25%) - QTD 375 - VALOR R\$ 87,50 - TOTAL R\$ 32.812,50 ANGIOTOMOGRAFIA - QTD 10- VALOR R\$ 100,00 - VALOR R\$ 1.000,00 ANGIOTOMOGRAFIA (25%) - QTD 0 - VALOR R\$ 125,00 - VALOR R\$ 0,00 Valor Aproximado dos Tributos: 13,45%									
<b>Código do Serviço / Atividade</b>									
4.02 / 864020501 - serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia - radiodiagnósti									
<b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>									
Código da Obra			Código ART						
<b>Tributos Federais</b>									
PIS	799,10	COFINS	3.688,17	IR(R\$)	1.844,09	INSS(R\$)		CSLL(R\$)	1.229,39
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços			Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município				
Valor dos Serviços R\$	122.939,10		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$	122.939,10			
(-) Desconto Incondicionado			1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei				
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado				
(-) Retenções Federais	7.560,75		0-Nenhum		Base de Cálculo	122.939,10			
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	2,00			
(-) ISS Retido			2 - Não		ISS a reter:	( ) Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$	115.378,35		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$	2.458,78			
			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

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
<b>SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</b>			
RESPONSABILIDADE TÉCNICA			R\$ 3.000,00
PLANTÕES 12 HORAS FIXOS + 12 HORAS SOBREAVISO	31	R\$ 1.400,00	R\$ 43.400,00
SISTEMA PACS - FIXO/MÊS			R\$ 7.800,00
ARMAZENAMENTO (ATÉ 1.700 NOVOS EXAMES/MÊS)	7627	R\$ 0,80	R\$ 6.101,60
PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE HMGMC	8	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
RX SEM CONTRASTE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ATÉ 85 EXAMES	85	R\$ 10,00	R\$ 850,00
RX SEM CONTRASTE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (25%)	102	R\$ 12,50	R\$ 1.275,00
BIÓPSIA DIRIGIDA POR ULTRASSON		R\$ 450,00	R\$ -
BIÓPSIA DIRIGIDA POR TOMOGRAFIA		R\$ 700,00	R\$ -
TOMOGRAFIA	290	R\$ 70,00	R\$ 20.300,00
TOMOGRAFIA (25%)	375	R\$ 87,50	R\$ 32.812,50
ANGIOTOMOGRAFIA	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
ANGIOTOMOGRAFIA (25%)		R\$ 125,00	R\$ -

COFINS 3,00% R\$ 3.688,17

PIS 0,65% R\$ 799,10

CSLL 1,00% R\$ 1.229,39

IRRF 1,50% R\$ 1.844,09

R\$ 122.939,10  
IMPOSTOS R\$ 7.560,75

**LÍQUIDO R\$ 115.378,35**