



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 / 00013003154-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	RR MAIER
CPF/CNPJ:	23.348.130/0001-15
Valor:	R\$ 5.255,60
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	RR MAIER
Histórico:	

Data de débito:	07/02/2023
Data / Hora da operação:	07/02/2023 12:07:05

Código da operação:	00139280
Chave de segurança:	CMVVGXKUUKCMK01Q

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

00230

DATA DA EMISSÃO

07-02-2023 10:13:32

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

CEFOCF5E6

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: R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME
CPF/CNPJ: 23.348.130/0001-15
INSC.MUNICIPAL: 08885
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: BENEDITO PEDRO DE OLIVEIRA, 294 - PEREQUE
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-1784
E-MAIL: fiscal@contabilfavarao.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
INSC.MUNICIPAL: 883
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-5566
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE:COMP: 01/2023 PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023
AMBULATÓRIO CRE (POR PACIENTE) - 56 - R\$ 100,00 - R\$ 5.600,00

TOTAL BRUTO R\$ 5.600,00
IMPOSTOS R\$ 344,40
LÍQUIDO R\$ 5.255,60

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 5.600,00
PIS..... R\$ 36,40	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 5.600,00
COFINS..... R\$ 168,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 84,00	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\$ 344,40
CSLL..... R\$ 56,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 112,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 5.255,60

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 753,20 (13,45%), CONFORME LEI 12741/2012 - FONTE: IBPT

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.libbr.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

R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME

CNPJ: 23.348.130/0001-15

COMP: 01/2023 PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023

DR. RONALD MAIER

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Ambulatório CRE (Por Paciente)	56	R\$ 100,00	R\$ 5.600,00

TOTAL BRUTO R\$ 5.600,00

COFINS 3,00% R\$ 168,00

IMPOSTOS R\$ 344,40

PIS 0,65% R\$ 36,40

CSSL 1,00% R\$ 56,00

LÍQUIDO R\$ 5.255,60

IRRF 1,50% R\$ 84,00