



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\$ 46.690,37
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:	00139281
Chave de segurança:	ASJ92EKTQZFFW3R7

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

00231

DATA DA EMISSÃO

07-02-2023 10:29:39

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

2EAEAE669

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

ARTROSCOPIA - 11 - R\$ 500,00 - R\$ 5.500,00
PLÁSTICA ASTROSCÓPICA -LCA - 2 - R\$ 1.000,00 - R\$ 2.000,00
ARTROSCOPIA TOTAL DE QUADRIL PTQ - 1 - R\$ 1.500,00 - R\$ 1.500,00
COBERTURA P1 24 HORAS - 210 - R\$ 125,00 - R\$ 26.250,00
COBERTURA P2 12 HORAS DIA - 11 - R\$ 1.000,00 - R\$ 11.000,00
COBERTURA P2 12 HORAS NOITE - 7 - R\$ 500,00 - 3.500,00

TOTAL BRUTO R\$ 49.750,00
IMPOSTOS R\$ 3.059,63
LÍQUIDO R\$ 46.690,37

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 49.750,00
PIS..... R\$ 323,38	Alíquota DO ISS 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 49.750,00
COFINS..... R\$ 1.492,50	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 746,25	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\$ 3.059,63
CSLL..... R\$ 497,50	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 995,00
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 46.690,37

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 6.691,37 (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.libr.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
Artroscopia	11	R\$ 500,00	R\$ 5.500,00
Plástica Artroscópica - LCA	2	R\$ 1.000,00	R\$ 2.000,00
Artroscopia Total de Quadril - PTQ	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
Artroscopia Total de Joelho - PTJ		R\$ 1.500,00	R\$ -
COBERTURA P1 24 HORAS	210	R\$ 125,00	R\$ 26.250,00
COBERTURA P2 12 HORAS DIA	11	R\$ 1.000,00	R\$ 11.000,00
COBERTURA P2 12 HORAS NOITE	7	R\$ 500,00	R\$ 3.500,00
			R\$ -
			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 49.750,00

IMPOSTOS R\$ 3.059,63

COFINS 3,00% R\$ 1.492,50

PIS 0,65% R\$ 323,38

CSSL 1,00% R\$ 497,50

IRRF 1,50% R\$ 746,25

LÍQUIDO R\$ 46.690,38