



## 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>	4694 / 00000016159-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RL BUONO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.851.471/0001-06
<b>Valor:</b>	R\$ 825,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RL BUONO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/02/2023 13:02:29

<b>Código da operação:</b>	00131831
<b>Chave de segurança:</b>	FQYRNEM4MS065QFL

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 CORNÉLIO PROCÓPIO</b> <b>MUNICÍPIO DE CORNÉLIO PROCÓPIO</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b>	Número do RPS	Número da nota 582
	Data da emissão da nota 08/02/2023 13:59:49	
	Data do fato gerador 08/02/2023 13:59:49	
	Código de verificação OSFBWY1JP	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:		Inscrição estadual:	
Nome/Razão social: RL BUONO SERVIÇOS MEDICOS LTDA		Telefone: (43) 03523-1431	
CPF/CNPJ: 17.851.471/0001-06	Inscrição municipal: 9064		
Endereço: AV Minas Gerais Número: 932 Bairro: Centro. CEP: 86300-000		Celular: (43) 9806-0066	
Complemento: SALA: 01			
Município: Cornélio Procópio	UF: PR		
E-mail: rluono@hotmail.com	Site:		

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:			
Nome/Razão social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA			
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38	Inscrição municipal:	Inscrição estadual:	
Endereço: R PADRE BRONISLAU CHERECK Número: 15 Bairro: CENTRO CEP: 11630-000			
Complemento:			
Município: Ilhabela	UF: SP		
E-mail:	Telefone: (12) 3896-1710	Celular:	

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES A PLANTÕES REALIZADOS NO PERÍODO DE 11/12/2022 A 10/01/2023 - Dra Livia B.S. Buono REF. A 06 Plantão Diurno CABO (Hora) R\$120, 00 total R\$720, 00	720,0000	1,0000	720,0000	720,00x2,01 =	14,47
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES A PLANTÕES REALIZADOS NO PERÍODO DE 11/12/2022 A 10/01/2023 - Dra Livia B.S. Buono REF. A 15 Produção (por ficha de atendimento) R\$7, 00 TOTAL R\$105, 00	105,0000	1,0000	105,0000	105,00x2,01 =	2,11

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	825,00								

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>Valor bruto = R\$ 825,00</b>		<b>Valor líquido = R\$ 825,00</b>			

**Códigos dos serviços:**

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

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	825,00	16,58

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Natureza da operação: Tributação no município  
 Situação tributária do ISSQN: Normal  
 Local da prestação do serviço: Ilhabela

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.  
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%  
 Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.  
 SIMPLES NACIONAL TABELA ANEXO V SUJEITO AO FATOR R CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006 E 155/2016

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 110,96 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 28,22 (3,42%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

**RL BUONO SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

**CNPJ: 17.851.471/0001-06**

**Banco do Brasil**

**COMP: 01/2023**

**11/12/2022 a 10/01/2023**

**Agencia: 4694-9 - Conta Corrente 16159-4**

**Dra. Livia B. S. Buono**

**e-mail: renatobuono@hotmail.com.br / escritoriojoaobuono@gmail.com**

**Dra. Livia B. S. Buono**

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Diurno CABC (Hora)	6	R\$ 120,00	R\$ 720,00
Plantão Noturno CABC (Hora)		R\$ 145,00	R\$ -
Plantão Final de Semana CABC (Hora)		R\$ 150,00	R\$ -
Plantão Ambulância UTI		R\$ 750,00	R\$ -
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)	15	R\$ 7,00	R\$ 105,00

**TOTAL BRUTO R\$ 825,00**

**IMPOSTOS R\$ -**

**EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

**LÍQUIDO R\$ 825,00**