



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 / 00013004946-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	T R MUNIZ SERVICOS MEDICOS
CPF/CNPJ:	18.022.239/0001-28
Valor:	R\$ 22.358,82
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	T R MUNIZ SERVICOS M
Histórico:	

Data de débito:	02/01/2023
Data / Hora da operação:	02/01/2023 16:27:41

Código da operação:	00188497
Chave de segurança:	ZXKP0SH21MZLEWZZ

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

00160

DATA DA EMISSÃO

02-01-2023 10:00:52

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

ADAADA57D

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 01/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

T. R. MUNIZ SERVICOS MEDICOS LTDA

ENDEREÇO:

RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 118 - PEREQUE

COMPLEMENTO:

CASA 01

CPF/CNPJ:

18.022.239/0001-28

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 9924-99332

INSC.MUNICIPAL:

07983

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

tiagoniz@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADO REFERENTE AO MÊS DEZEMBRO DE 2022. PERÍODO: 11/11/2022 A 10/12/2022

PLANTÃO DIURNO *****R\$ 720,00

PLANTÃO RESPIRATÓRIO DIURNO *****R\$ 7.680,00

PLANTÃO RESPIRATÓRIO FINAL DE SEMANA ****R\$ 1.200,00

CHEFE DE PLANTÃO DIURNO *****R\$ 1.920,00

CHEFE DE PLANTÃO NOTURNO *****R\$ 4.440,00

PLANTÃO AMBULÂNCIA UTI ***** R\$ 6.000,00

TRANSFERÊNCIA AMBULÂNCIA UTI ***** R\$ 1.500,00 PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) *****R\$ 364,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 154,86
COFINS..... R\$ 714,72
IR..... R\$ 357,36
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 238,24

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 23.824,00
Base de Cálculo..... R\$ 23.824,00
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 1.465,18
Valor do ISS..... R\$ 476,48
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 22.358,82

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

"PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇO CONFORME CONVÊNIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001"

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.ilbr.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

T. R. MUNIZ SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

CNPJ: 18.022.239/0001-28

BANCO SANTANDER

AGÊNCIA 0530 - C/C 13004946-5

COMP: 12/2022 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/12/2022

e-mail: contabil2@villabellacontabilidade.com ou tiagoniz@hotmail.com

Dr. Thiago Rios Muniz				VALOR	TOTAL
DESCRIÇÃO					
Plantão Diurno (Hora)	6		R\$ 120,00	R\$ 720,00	
Plantão Noturno (Hora)			R\$ 145,00	R\$ -	
Plantão Final de Semana (Hora)			R\$ 150,00	R\$ -	
Plantão Respiratório Diurno	48		R\$ 160,00	R\$ 7.680,00	
Plantão Respiratório Noturno			R\$ 185,00	R\$ -	
Plantão Respiratório Final de Semana	6		R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	
Chefe de Plantão Diurno (Hora)	12		R\$ 160,00	R\$ 1.920,00	
Chefe de Plantão Noturno (Hora)	24		R\$ 185,00	R\$ 4.440,00	
Chefe de Plantão Final de Semana (Hora)			R\$ 200,00	R\$ -	
Plantão Ambulância UTI	8		R\$ 750,00	R\$ 6.000,00	
Transferência Ambulância UTI	3		R\$ 500,00	R\$ 1.500,00	
Produção (por ficha de atendimento)	52		R\$ 7,00	R\$ 364,00	
				R\$ -	

TOTAL BRUTO R\$ 23.824,00

IMPOSTOS R\$ 1.465,18

COFINS 3,00% R\$ 714,72

PIS 0,65% R\$ 154,86

CSLL 1,00% R\$ 238,24

IRRF 1,50% R\$ 357,36

LÍQUIDO R\$ 22.358,82