



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0530 / 00013004946-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	T R MUNIZ SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.022.239/0001-28
<b>Valor:</b>	R\$ 8.991,02
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	T R MUNIZ SERVICOS M
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00188496
<b>Chave de segurança:</b>	47Q8HU1TAE0G7UX8

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

00162

DATA DA EMISSÃO

02-01-2023 10:14:37

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

EA816C53C

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 01/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: 00161 N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: T. R. MUNIZ SERVICOS MEDICOS LTDA CPF/CNPJ: 18.022.239/0001-28 INSC.MUNICIPAL: 07983 SIMPLES NACIONAL: ( ) SIM ( x ) NÃO  
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 118 - PEREQUE ILHABELA - SP MUNICÍPIO: CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: CASA 01 TELEFONE: (12) 9924-99332 E-MAIL: tiagoniz@hotmail.com

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 ILHABELA - SP MUNICÍPIO: CEP: 11.630-000 PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-5566 E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICO PRESTADO REFERENTE AO MÊS NOVEMBRO DE 2022. PERÍODO: 01/12/2022 A 31/12/2022  
(PLANTÃO DE DISPONIBILIDADE - 24 HORAS)\*\*\*R\$9.580,20

\*\*\* FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO \*\*\*

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 9.580,20
PIS..... R\$ 62,27	Alíquota DO ISS ..... 2,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 9.580,20
COFINS..... R\$ 287,41	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Valor de Crédito.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 143,70	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\$ 589,18
CSLL..... R\$ 95,80	Outras Deduções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 191,60
	Regime Especial Tributação... Nenhum	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 8.991,02

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.iibr.com.br](http://ilhabela.iibr.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: 01/12/2022 A 31/12/2022

e-mail: contabil2@villabellacontabilidade.com ou

Dr. Aldo Cabrera Casarotto CRM 166.482

DESCRIÇÃO		VALOR	TOTAL
Atendimento em Psiquiatria Hospital Mário Cóvas (Plantão de Disponibilidade - 24 horas)	6	R\$ 1.596,70	R\$ 9.580,20

TOTAL BRUTO R\$ 9.580,20

IMPOSTOS R\$ 589,18

COFINS 3,00% R\$ 287,41

PIS 0,65% R\$ 62,27

CSLL 1,00% R\$ 95,80

IRRF 1,50% R\$ 143,70

**LÍQUIDO R\$ 8.991,02**



## 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>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0530 / 00013004946-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	T R MUNIZ SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.022.239/0001-28
<b>Valor:</b>	R\$ 22.358,82
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	T R MUNIZ SERVICOS M
<b>Histórico:</b>	

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

<b>Código da operação:</b>	00188497
<b>Chave de segurança:</b>	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