



## 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\$ 7.492,52
<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>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:17:59

<b>Código da operação:</b>	00158050
<b>Chave de segurança:</b>	CFGN5MZHTN0KVXTQ

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

00165

DATA DA EMISSÃO

01-02-2023 08:53:30

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

E60E94B4F

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:

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 JANEIRO DE 2023. PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023

ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL MÁRIO CÓVAS\*\*R\$7.983,50

(PLANTÃO DE DISPONIBILIDADE - 24 HORAS)

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 51,89  
COFINS..... R\$ 239,51  
IR..... R\$ 119,75  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 79,83

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\$ 7.983,50

Base de Cálculo..... R\$ 7.983,50

Valor de Crédito..... R\$ 0,00

Total de Deduções..... R\$ 0,00

Total de Imp. Federais..... R\$ 490,98

Valor do ISS..... R\$ 159,67

VALOR LÍQUIDO..... R\$ 7.492,52

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](http://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: 01/2023 PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023

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)	5	R\$ 1.596,70	R\$ 7.983,50

TOTAL BRUTO R\$ 7.983,50

IMPOSTOS R\$ 490,99

COFINS 3,00% R\$ 239,51

PIS 0,65% R\$ 51,89

CSLL 1,00% R\$ 79,84

IRRF 1,50% R\$ 119,75

**LÍQUIDO R\$ 7.492,51**