



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\$ 20.338,72 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | T R MUNIZ SERVICOS M |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 09/02/2023 |
| Data / Hora da operação: | 09/02/2023 13:02:29 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131844 |
| Chave de segurança: | W3SQ38TKG6K351ZY |

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

00166

DATA DA EMISSÃO

09-02-2023 08:44:07

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

C6C43FCC1

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 CPF/CNPJ: 18.022.239/0001-28 INSC.MUNICIPAL: 07983 SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 118 - PEREQUE MUNICÍPIO: ILHABELA - SP 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 MUNICÍPIO: ILHABELA - SP 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 JANEIRO DE 2023. PERÍODO: 01/01/2023 A 31/01/2023
ATENDIMENTO PSIQUIATRIA CRE **R\$11.500,00
ATENDIMENTO PSIQUIATRIA: CAPS AD, MELHOR EM CASA E HOSPITAL (INFUSÃO DE CETAMINA) **R\$10.171,52

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 21.671,52 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| PIS..... R\$ 140,86 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 21.671,52 |
| COFINS..... R\$ 650,15 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 325,07 | 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\$ 1.332,80 |
| CSLL..... R\$ 216,72 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 433,43 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 20.338,72 |

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.libbr.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

| Dr. Aldo Cabrera Casarotto | | PSIQUIATRIA | | |
|--|------|-------------|------------|---------------|
| DESCRIÇÃO | QTD. | | VALOR | TOTAL |
| Atendimento Psiquiatria CRE | 115 | | R\$ 100,00 | R\$ 11.500,00 |
| Atendimento Psiquiatria: CAPS AD, Melhor em Casa e | 64 | | R\$ 158,93 | R\$ 10.171,52 |
| Hospital (Infusão de Cetamina) - Horas mensais | | | | |

TOTAL BRUTO R\$ 21.671,52

IMPOSTOS R\$ 1.332,80

COFINS 3,00% R\$ 650,15

PIS 0,65% R\$ 140,86

CSLL 1,00% R\$ 216,72

IRRF 1,50% R\$ 325,07

LÍQUIDO R\$ 20.338,72