



## 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>	0715 / 00000101433-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	VERA MARCIA CAPOVILLA CIRURGIA PLASTICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.720.511/0001-31
<b>Valor:</b>	R\$ 10.314,11
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	VERA MARCIA CAPOVILL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	01/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/02/2023 15:34:00

<b>Código da operação:</b>	00160219
<b>Chave de segurança:</b>	3V5XY1ZTE3GA1NLG

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



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00611

DATA DA EMISSÃO

01/02/2023 13:21:29

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

F905760E



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 01/02/2023      LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

VERA MARCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLÁSTICA S/S LTDA

NOME FANTASIA:

VERA MARCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLÁSTICA S/S LTDA

ENDEREÇO:

RUA AUTÁ PINDER, 254 - CENTRO

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

10.720.511/0001-31

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-1010

INSC.MUNICIPAL:

18796

CEP:

11.608-533

E-MAIL:

sidneia.adv@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:

( ) SIM ( x ) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-1710

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

financeiro@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNIC./ESTADUAL:

0 |

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8690-9/99-01 | 4.09 | OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE - 4.09

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS LUIZ ANTONIO B. SCHEMY

COMP: 01/2023

REF. 11/12/2022 A 10/01/2023

DESCRIÇÃO

AMBULATÓRIO OTORRINO 105 X 100,00 = R\$ 10.500,00

PROCEDIMENTOS EXTRA-CONSULTA 7 X 70,00 = R\$ 490,00

TOTAL BRUTO R\$ 10.990,00

RETENÇÃO DE IR 1,5% DESCONTO CONFORME DECRETO 10.833/03 4,65%.

DEPOSITO NO BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 0715-3

CONTA CORRENTE 101433.1

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

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 10.990,00
PIS..... R\$ 71,44	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 10.990,00
COFINS..... R\$ 329,70	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 164,85	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 675,89
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 329,70
CSLL..... R\$ 109,90	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 10.314,11

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

\*\*\*\*\*

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: ( X ) Prestador ( ) Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 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 <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



**Santa Casa**

de Misericórdia de Ilhabela

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

VERA MARCIA CAPOVILA-CIRURGIA PLASTICA S/S LTDA

CNPJ: 10.720.511/0001-31

COMP: 01/2023

11/12/2022 a 10/01/2023

DR. LUIZ ANTONIO B. SCHEMY

e-mail: labschemy@uol.com.br e sidneia.assec@gmail.com

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Atendimentos no Hospital		R\$ 250,00	R\$ -
Ambulatório Otorrino	105	R\$ 100,00	R\$ 10.500,00
Procedimentos extra-consulta	7	R\$ 70,00	R\$ 490,00
			R\$ -
	COFINS 3,00%	R\$ 329,70	<b>TOTAL BRUTO R\$ 10.990,00</b>
	PIS 0,65%	R\$ 71,44	<b>IMPOSTOS R\$ 675,89</b>
	CSLL 1,00%	R\$ 109,90	
	IRRF 1,50%	R\$ 164,85	
			<b>LÍQUIDO R\$ 10.314,12</b>