



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:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0715 / 00000101433-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	VERA MARCIA CAPOVILLA CIRURGIA PLASTICA
CPF/CNPJ:	10.720.511/0001-31
Valor:	R\$ 5.912,55
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	VERA MARCIA CAPOVILL
Histórico:	

Data de débito:	08/02/2023
Data / Hora da operação:	08/02/2023 13:29:06

Código da operação:	00137363
Chave de segurança:	W17GE2L18P0Y62W6

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

00619

DATA DA EMISSÃO

07/02/2023 13:23:51

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

C23DA7AC2



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 07/02/2023 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

8690-9/01-01 | 4.09 | ATIVIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE HUMANA - 4.09

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS RICARDO DE ANGELO STORTI

COMP: 01/2023

REF: 01/01/2023 A 31/01/2023

DESCRIÇÃO

AMBULATÓRIO CRE (POR CONSULTA) 63 X 100,00 R\$ 6.300,00

RETENÇÃO DE IR 1,5% E DESCONTO CONFORME DECRETO 10833/2003 4,65%

DADOS PARA DEPÓSITO NO BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 0715-3

CONTA CORRENTE 101433.1

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 40,95
COFINS..... R\$ 189,00
IR..... R\$ 94,50
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 63,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 3,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 6.300,00
Base de Cálculo..... R\$ 6.300,00
Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 387,45
Valor do ISS..... R\$ 189,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 5.912,55

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.ibr.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 MÁRCIA CAPOVILLA - CIRURGIA PLASTICA S/S LTDA

CNPJ: 10.720.511/0001-31

COMP: 01/2023 PERÍODO: 01/01/2023 a 31/01/2023

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0715 - C/C 101433-1

DR. RICARDO DE ANGELO STORTI

E-mail: sidneia.assec@gmail.com

CRM 100.051-SP - TEL. 12 98118-3840

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Ambulatório CRE (Por Consulta)	63	R\$ 100,00	R\$ 6.300,00

TOTAL BRUTO R\$ 6.300,00

COFINS 3,00% R\$ 189,00

IMPOSTOS R\$ 387,45

PIS 0,65% R\$ 40,95

CSLL 1.00% R\$ 63,00

IRRF 1,50% R\$ 94,50

LÍQUIDO R\$ 5.912,55