



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\$ 22.524,00
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:	00137364
Chave de segurança:	3G6TUC5K07GAAVE8

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
00620

DATA DA EMISSÃO
07/02/2023 13:30:33
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
EE2B69AA5



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
COORDENAÇÃO ORTOPEDIA R\$ 2.000,00
COBERTURA P1 24 HORAS 108 X 125,00 R\$ 13.500,00
COBERTURA P2 12 HORAS DIA 2 X 1.000,00 R\$ 2.000,00
COBERTURA P2 12 HORAS NOITE 13 X 500,00 R\$ 6.500,00

TOTAL BRUTO R\$ 24.000,00

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\$ 24.000,00
PIS..... R\$ 156,00	Alíquota do ISS 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 24.000,00
COFINS..... R\$ 720,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 360,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 1.476,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 720,00
CSLL..... R\$ 240,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 22.524,00

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 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
Coordenação Ortopedia			R\$ 2.000,00
COBERTURA P1 24 HORAS	108	R\$ 125,00	R\$ 13.500,00
COBERTURA P2 12 HORAS DIA	2	R\$ 1.000,00	R\$ 2.000,00
COBERTURA P2 12 HORAS NOITE	13	R\$ 500,00	R\$ 6.500,00
			R\$ -
			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 24.000,00

IMPOSTOS R\$ 1.476,00

COFINS 3,00% R\$ 720,00

PIS 0,65% R\$ 156,00

CSLL 1,00% R\$ 240,00

IRRF 1,50% R\$ 360,00

LÍQUIDO R\$ 22.524,00