



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:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00054825793-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	M A T SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ:	44.504.370/0001-31
Valor:	R\$ 2.220,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	M A T SERVICOS MEDIC
Histórico:	

Data de débito:	06/02/2023
Data / Hora da operação:	06/02/2023 15:36:59

Código da operação:	00189625
Chave de segurança:	KR30FETREAM1L03F

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 CARAGUATATUBA - SP
Secretaria Municipal da Fazenda

Nº da Nota - Serie
0000000019 - E

Autenticidade
9A9E-GRTK

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data de Emissão: **31/01/2023 15:58:53**
Competência (Serv.): **01/2023**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **M A T SERVICOS MEDICOS LTDA**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **44.504.370/0001-31** IM: **29005** IE: Fone:(12) **3881-2443**
Endereço.....: **AVENIDA FREI PACIFICO WAGNER,982,CENTRO - CEP:11660280**
Município.....: **Caraguatatuba** UF: **SP** Email: **phadmcontabil@hotmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **50.320.605/0001-38** IM: IE: Fone: **(12) 3896-1710/ (12)**
Endereço.....: **RUA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15 - CEP : 11630000, CENTRO**
Município.....: **ILHABELA** UF:
Email.....: **santacasa-ilhabela@hotmail.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR MARCIO TANIGUTI,REFERENTE A COMP: 01/2023 PERÍODO DE 11/12/2022 a 10/01/2023
Plantão Internação Noturno (Hora) QUANTIDADE: 12 TOTAL: R\$ 2.220,00
TOTAL R\$ 2.220,00

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:
caraguatatuba.meumunicipio.online

situação de tributacao do ISSQN
Tributada no Prestador

Código do Serviço
401 - Medicina e biomedicina.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	2.220,00	2,0100%	44,62	2.220,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.220,00



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

M A T SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 44.504.370/0001-31

Banco: NU BANK - 0260

COMP: 01/2023

11/12/2022 a 10/01/2023

Agencia: 0001 Conta Corrente: 54825793-9

Dr. Márcio Adriano Taniguti

e-mail: phadmcontabil@hotmail.com ou m.taniguti@gmail.com - Celular 11 99600-2508

Dr. Márcio Adriano Taniguti		Pronto Socorro	
DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
Plantão Internação Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão PS Diurno (Hora)		R\$ 120,00	R\$ -
Plantão PS Noturno (Hora)		R\$ 145,00	R\$ -
Plantão Internação Diurno (Hora)		R\$ 160,00	R\$ -
Plantão Internação Noturno (Hora)	12	R\$ 185,00	R\$ 2.220,00
Plantão Internação Final de Semana (Hora)		R\$ 200,00	R\$ -
Plantão Ambulância UTI		R\$ 750,00	R\$ -
Transferência Ambulância UTI		R\$ 500,00	R\$ -
Produção (por ficha de atendimento)		R\$ 7,00	R\$ -
			R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 2.220,00

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 2.220,00