



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:	1741 / 00000130969-2
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CENTRO DIAGNOSTICO SANTA MARTA LTDA
CPF/CNPJ:	01.458.792/0001-05
Valor:	R\$ 1.877,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	CENTRO DIAG NF 8073
Histórico:	

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

Código da operação:	00131830
Chave de segurança:	VKC1HEW4KNWLU99K

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

0000008073 - E

Autenticidade

DQRP-V06C

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data de Emissão: 31/01/2023 08:36:58

Competência (Serv.): 01/2023

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: CENTRO DIAGNOSTICO SANTA MARTA LTDA
Nome Fantasia: TOMOCENTER
CPF/CNPJ.....: 01.458.792/0001-05 IM: 12212 IE: Fone:1238832262
Endereço.....: AVENI PRESIDENTE CASTELO BRANCO,248,SUMARE - CEP:11661300
Município.....: CARAGUATATUBA UF: SP Email:

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: SP
Email.....: santacasa-ilhabela@hotmail.com

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

- 1- COLANGIO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE *OK*
PACIENTE: ANA CRISTINA VICENTE DA CONCEIÇÃO
EXAME REALIZADO DIA 17/01/2023
- 2-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE *OK*
PACIENTE: ANA CRISTINA VICENTE DA CONCEIÇÃO
EXAME REALIZADO DIA 17/01/2023
- 3-COLANGIO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE *OK*
PACIENTE: MEIRIELE SOUZA DE JESUS
EXAME REALIZADO DIA 17/01/2023
- 4-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE *OK*
PACIENTE: MEIRIELE SOUZA DE JESUS
EXAME REALIZADO DIA 17/01/2023

[Handwritten Signature]
Henrique Simões Rodrigues da Silva
Diretor Administrativo
Hospital Mun. Gov. Mário Covas Jr.

[Handwritten Signature]
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
Protocolo
05/02/2023

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	30,00	13,00	60,00	20,00	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	2.000,00	2,0000%	40,00	2.000,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.877,00

MediClinic - Medilab Sistemas Ltda

Relatório Faturamento Detalhado

Impresso por:

EVELYN

Período: 01/01/2023 até 31/01/2023 (Data Conta)
Convênio: HOSPITAL DE ILHABELA
Equipamentos: Todos
Modalidade: Todas
Serviço: Todos
Empresa: Todas
Usuários: Todos

17/01/2023		ANA CRISTINA VICENTE DA CONCEICAO				Matrícula:				
OS	Exame	Serviço	Q	Senha	Guia	Anexos	HM	Filme	Custo Oper.	Total
229471-06	41101999	HIDRO-RM COM CONTRASTE	1				350,00	200,00	0,00	550,00
231673-06	41101999	RM ABDOMEN SUPERIOR	1				350,00	100,00	0,00	450,00
						0,00	700,00	300,00	0,00	1000,00
										1000,00
17/01/2023		MEIRIELE SOUZA DE JESUS				Matrícula:				
OS	Exame	Serviço	Q	Senha	Guia	Anexos	HM	Filme	Custo Oper.	Total
229288-06	41101999	HIDRO-RM COM CONTRASTE	1				350,00	200,00	0,00	550,00
229289-06	41101999	RM ABDOMEN SUPERIOR	1				350,00	100,00	0,00	450,00
						0,00	700,00	300,00	0,00	1000,00
										1000,00
Total Pacientes:		2		Total Procedimentos:		4		Total Geral:		2000,00