



## 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>	1741 / 00000035207-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SAUDE COM
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.825.661/0001-63
<b>Valor:</b>	R\$ 19.878,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	SAUDE COM
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	02/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	02/01/2023 16:26:58

<b>Código da operação:</b>	00187004
<b>Chave de segurança:</b>	RQU37G4L55NH3FL1

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  
0000000066 - EAutenticidade  
3M17-UIGO**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão ....: 02/01/2023 09:01:07

Competência (Serv.): 01/2023

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: SAUDE.COM CLINICA MEDICA  
Nome Fantasia: -0-  
CPF/CNPJ.....: 20.825.661/0001-63 IM: 21057 IE: Fone:1298177438  
Endereço.....: AVENI ANCHIETA,196 SALA 5,CENTRO - CEP:11660010  
Município.....: CARAGUATATUBA UF: SP Email: contato@versaille.com.br

**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

Serviços Prestados pelo Sócio Dr. Paulo Eduardo Lande dos Santos referente Dezembro/2022  
DISPONIBILIDADE (Plantão à distância - hora) - Qtd 309 - Valor total R\$ 16.305,93  
Plantão Presencial - Qtd 15 - Valor total - R\$ 1.875,00  
PLANTÃO P2 GO - De 11/10 a 10/11 - 12 horas Qt 4 - Valor Total R\$ 3.000,00

**Documento Emitido por Contribuinte Enquadrado no Regime Fixo.**

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	317,71	137,68	635,43	211,81	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	21.180,93	2,0000%	0,00	21.180,93

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 19.878,30**



**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

SAUDE COM ASSISTENCIA MEDICA SOCIEDADE SIMPLES LTDA

CNPJ: 20.825.661/0001-63

COMP: 12/2022 PERÍODO: 01/12/2022 A 31/12/2022

DR. PAULO LANDE

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
DISPONIBILIDADE (Plantão à distância - hora)	309	R\$ 52,77	R\$ 16.305,93
Plantão Presencial	15	R\$ 125,00	R\$ 1.875,00
PLANTÃO P2 GO / De 11/10 a 10/11 - 12 HORAS	4	R\$ 750,00	R\$ 3.000,00
PLANTÃO P2 GO / De 11/10 a 10/11 - 24 HORAS		R\$ 1.500,00	R\$ -
CIRURGIA ELETIVA (CLÁSSICO) (Mês de Dezembro)		R\$ 250,00	R\$ -
CIRURGIA (POR ESPUMA)		R\$ 125,00	R\$ -

TOTAL BRUTO R\$ 21.180,93

COFINS 3,00% R\$ 635,43

IMPOSTOS R\$ 1.302,63

PIS 0,65% R\$ 137,68

CSLL 1,00% R\$ 211,81

IRRF 1,50% R\$ 317,71

**LÍQUIDO R\$ 19.878,30**