



## 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\$ 6.569,50
<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>	07/02/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	07/02/2023 12:07:05

<b>Código da operação:</b>	00139231
<b>Chave de segurança:</b>	Z097YJUM0PFJKTAK

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  
**0000000070 - E**

Autenticidade  
**BOZM-BH91**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão .....: **07/02/2023 08:34:31**  
Competência (Serv.): **02/2023**



**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 janeiro/2023  
Ambulatório CRE - Qtd. 40 - Valor Total R\$ 4.000,00  
Exames Doppler - Qtd 48 - 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](http://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	105,00	45,50	210,00	70,00	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	7.000,00	2,0000%	0,00	7.000,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 6.569,50**



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: 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023

DR. PAULO LANDE

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR	TOTAL
NOVO CONTRATO MEDICINA VASCULAR			
AMBULATÓRIO CRE	40	R\$ 100,00	R\$ 4.000,00
EXAMES DOPPLER	48	R\$ 62,50	R\$ 3.000,00

TOTAL BRUTO R\$ 7.000,00

IMPOSTOS R\$ 430,50

COFINS 3,00% R\$ 210,00

PIS 0,65% R\$ 45,50

CSLL 1,00% R\$ 70,00

IRRF 1,50% R\$ 105,00

**LÍQUIDO R\$ 6.569,50**