

Segurado - Protocolo de Solicitação de Reembolso

[Imprimir](#) | [Fechar](#)

Solicitação de Reembolso

**Código**
8DKZE**Empresa**
SPI INTEGRACAO**Usuário**
MASTER**Identificação**

54588888458410100016

LUIZ CARLOS CARRARA

Protocolo

00624620190130032933

Nº da SR
3173133853**Tipo de Reembolso**
Médico**Serviço**
Consulta**Opção de Pagamento****Pagamento de Consultas**

Item	Conselho Profissional	UF	Nº do Conselho	Segurado	Realização	CNPJ/CPF Prestador	Valor do documento
1	CRM	SP	15903	8DKZE458410100016	19/12/2018	01679975000150	R\$ 210,00
2	CRM	SP	15903	8DKZE458410100121	19/12/2018	01679975000150	R\$ 145,00

Valor Total: R\$ 355,00**Nº do Protocolo**
2224612013**Data**
30/01/2019**Hora**
15:12:08*Enviar cópia deste protocolo anexa aos recibos originais para SulAmérica.*[Imprimir](#) | [Fechar](#)

Para: Vida Segura
A/C: Carine

São Caetano do Sul, 23 de Janeiro de 2019

Solicitamos reembolso para o colaborador **Luiz Carlos Carrara** da Nota Fiscal em anexo no valor de R\$ 565,00 (Quinhentos e Sessenta e Cinco Reais), referente ao procedimento: 2 Aplicações da vacina febre amarela, em **Luiz Carlos Carrara** e de seu dependente: **Guilherme Carrara**

Prestador: Clivan Prestação de Serviços de Saúde Ltda

Data do Procedimento: 19/12/2018

Plano Executivo

Banco: 0341

Agencia: 03789

Conta Corrente: 01424-2

SPI INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS LTDA


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20181219u01679975000150

Número da Nota

00013371

Data e Hora de Emissão

19/12/2018 09:28:21

Código de Verificação

QGHT-ECX4
PRESTADOR DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ: **01.679.975/0001-50**Inscrição Municipal: **2.559.482-6**Nome/Razão Social: **CLIVAN PRESTACAO DE SERVICOS DE SAUDE LTDA**Endereço: **R COTOXO 00611, SALA 107 - VILA POMPEIA - CEP: 05021-000**Município: **São Paulo**UF: **SP**
TOMADOR DE SERVIÇOS
Nome/Razão Social: **LUIZ CARLOS CARRARA**CPF/CNPJ: **014.640.308-80**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **Rua Passo da Pátria 1025, AP 61C - Bela Aliança - CEP: 05085-000**Município: **São Paulo**UF: **SP**E-mail: **lccarrara@outlook.com.br**
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----**
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

2 Aplicações da vacina Febre Amarela sendo cada dose 210,00 **LUIZ CARLOS E GUILHERME**
 1 Aplicação da vacina Hepatite A adulto 145,00 **- GUILHERME CARRARA -**

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 565,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
04030 - Medicina e biomedicina.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	565,00	2,00%	11,30	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	15,76%	

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e não gera crédito; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/01/2019;