

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA - HOSPITAL REGINA<br>ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA - HOSPITAL REGINA<br>CNPJ: 91.681.361/0003-68<br>DR MAURICIO CARDOSO - , 711<br>CEP: 93.510-223 - Bairro: HAMBURGO VELHO<br>Município: NOVO HAMBURGO - RIO GRANDE DO SUL<br>Telefone: (51) 3553-8800 - Celular: (51) 99608-4679<br>Email: info@hospitalregina.com.br - Site: www.hospitalregina.com.br<br>Insc. Municipal: 2556 Insc. Estadual: | Número da NFS-e<br><b>50176</b>                    | <br><a href="#">Autenticidade</a> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Situação<br><b>Emitida</b>                         |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tipo<br><b>Importado</b>                           |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Número RPS: <b>337508</b><br>Série RPS: <b>RPS</b> |                                                                                                                      |

**Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e 2**

|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  <b>ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> | <b>Identificador</b><br>8771210225183206910916813612025027343198<br> |                                              |
|                                                                                                                                                                                                                | Data Fato Gerador<br><b>21/02/2025</b>                                                                                                                 | Data/Hora Emissão<br><b>21/02/2025 18:32</b> |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

|                                                                 |                                           |                                      |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nome Fantasia<br>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                                           |                                      |
| Nome/Razão Social<br>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIR       | CPF/CNPJ<br>15.116.763/0003-31            | Inscrição Municipal                  |
| Endereço<br>RUA MATIAS JOSE BINS DE 1 A 916                     | Número<br>581                             | Complemento<br>NÃO INFORMADO         |
| Bairro<br>TRES FIGUEIRAS                                        | CEP<br>91330290                           | Cidade - Estado<br>Porto Alegre - RS |
| Telefone                                                        | E-mail<br>marcos.enoch@adventistas.org.br |                                      |

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

| Serviço                                                                                                                                                                                                              | Local Prestação                    | Alíquota                            | Valor Serviço                    | Desc. Incondic.                | Valor Dedução | Valor ISS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------|
| <b>403</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>8771</b>                        | Imune                               | 374,10                           | 0,00                           | 0,00          | Imune     |
| <b>Natureza da Operação:</b> Imunidade                                                                                                                                                                               |                                    |                                     |                                  |                                |               |           |
| <b>Descrição do Serviço:</b><br>EXAMES E DIAGNOSTICOS R\$ 53,00 HONORARIOS MEDICOS R\$ 320,00 MATERIAIS R\$ 1,10    ISS (%) 2.00 R\$ 7.48   PIS (%) 0.00 R\$ 0.00   COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00 MARIANA OLIVEIRA MACIEL |                                    |                                     |                                  |                                |               |           |
| <b>Valor Total</b><br>374,10                                                                                                                                                                                         | <b>Desc. Incondicional</b><br>0,00 | <b>Dedução</b><br>0,00              | <b>Base de Cálculo</b><br>Imune  | <b>ISSQN</b><br>Imune          |               |           |
| <b>ISSRF</b><br>0,00                                                                                                                                                                                                 | <b>IR</b><br>0,00                  | <b>INSS</b><br>0,00                 | <b>CSLL</b><br>0,00              | <b>COFINS</b><br>0,00          |               |           |
| <b>PIS</b><br>0,00                                                                                                                                                                                                   | <b>Outras Retenções</b><br>0,00    | <b>Total Trib. Federais</b><br>0,00 | <b>Desc. Condicional</b><br>0,00 | <b>Valor Líquido</b><br>374,10 |               |           |

|                                                       |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atividade do Município<br>11 - ATENDIMENTO HOSPITALAR | Cód. Nacional Atividade Econômica<br>8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03

403 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres

Local de Prestação do Serviço

8771 Novo Hamburgo

Local de Incidência do ISS

8771 Novo Hamburgo

Outras Informações

(403) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Exceções Tributárias de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 49/2023 de 01/03/2023 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:  
<https://novohamburgo.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/03/2025

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$50,32 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$7,82 (2,09%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Atendimento: 2115562 - MARIANA OLIVEIRA MACIEL Lote: 2201851 - PARTICULAR - Remessa: 211152

Paciente...: MARIANA OLIVEIRA MACIEL  
Convênio...: 40 - PARTICULAR  
Plano.....: PARTICULAR  
Medico/CRM.: EDUARDO DA SILVA RODRIGUES / 45815  
Guia.....: Validade.:  
Carteira...: Validade.: Titular.:  
CID.....: M255  
Endereco...: RUA ARTHUR LEOPOLDO RITTER DE 1 A 368 845 CENTRO ESTANCIA VELHA RS  
Fone.....: 991820777  
Entrada....: 21/02/2025 16:49

Data de Nasc.: 10/03/2011  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
Saída: 21/02/2025 18:06

Procedimento: 10101039

| Resumo da Conta                                    |                                                         |             |       |          |             |          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|-------|----------|-------------|----------|
| Grupo de Procedimento / Setor                      |                                                         | Sub-Total   | Taxas | Desconto | Filme       | Total    |
| CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA                   |                                                         |             |       |          |             | 295,00   |
| AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                        |                                                         | 295,00      |       |          |             | 295,00   |
| RADIODIAGNOSTICO/ METODOS DIAG POR IMAGE           |                                                         |             |       |          |             | 53,00    |
| AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                        |                                                         | 53,00       |       |          |             | 53,00    |
| MATERIAIS NAO BRASINDICE                           |                                                         |             |       |          |             | 1,10     |
| AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                        |                                                         | 1,10        |       |          |             | 1,10     |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                          |                                                         |             |       |          |             | 25,00    |
| AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                        |                                                         | 25,00       |       |          |             | 25,00    |
| Total da Conta:                                    |                                                         |             |       |          | R\$         | 374,10   |
| CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA                   |                                                         |             |       |          |             |          |
| Setor                                              | 120 AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                         |             |       |          |             |          |
| Procedimento / Prestador - CRM - CPF               |                                                         | Unid./Ativ. | HE    | Qtde     | VI Unitario | VI Total |
| 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                |                                                         | UND         | N     | 1        | 295,00      | 295,00   |
| EDUARDO DA SILVA RODRIGUES 45815                   |                                                         | 03371584011 |       | CLINICO  |             |          |
| Total do Setor:                                    |                                                         |             |       |          |             | 295,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:         |                                                         |             |       |          |             | 295,00   |
| MATERIAIS NAO BRASINDICE                           |                                                         |             |       |          |             |          |
| Setor                                              | 120 AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                         |             |       |          |             |          |
| Data                                               | Procedimento                                            | Unid./Ativ. |       | Qtde     | VI Unitario | VI Total |
| 21/02/2025                                         | 08000688 TALA METALICA C/ESPUMA 12MM                    | UNIDADE     |       | 1        | 1,10        | 1,10     |
| Total do Setor:                                    |                                                         |             |       |          |             | 1,10     |
| Total de MATERIAIS NAO BRASINDICE:                 |                                                         |             |       |          |             | 1,10     |
| RADIODIAGNOSTICO/ METODOS DIAG POR IMAGE           |                                                         |             |       |          |             |          |
| Setor                                              | 120 AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                         |             |       |          |             |          |
| Data                                               | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                    | Unid./Ativ. | HE    | Qtde     | VI Unitario | VI Total |
| 21/02/2025                                         | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO                            | EXAME       | N     | 1        | 53,00       | 53,00    |
| MODELO DE PRESTADOR 1                              |                                                         | 86795813991 |       | CLINICO  |             |          |
| Total do Setor:                                    |                                                         |             |       |          |             | 53,00    |
| Total de RADIODIAGNOSTICO/ METODOS DIAG POR IMAGE: |                                                         |             |       |          |             | 53,00    |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                          |                                                         |             |       |          |             |          |
| Setor                                              | 120 AMBULATORIO ADULTO URGENCIA                         |             |       |          |             |          |
| Data                                               | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                    | Unid./Ativ. | HE    | Qtde     | VI Unitario | VI Total |
| 21/02/2025                                         | 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) | ATO         | N     | 1        | 25,00       | 25,00    |
| EDUARDO DA SILVA RODRIGUES 45815                   |                                                         | 03371584011 |       | CLINICO  |             |          |
| Total do Setor:                                    |                                                         |             |       |          |             | 25,00    |
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:                |                                                         |             |       |          |             | 25,00    |
| Total Geral:                                       |                                                         |             |       |          | R\$         | 374,10   |

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mariana Oliveira Maciel  
**Nº da Carteirinha:** 10.47.3990  
**Instituição:** Colégio Adventista de Novo Hamburgo

**Data de Nascimento:** 10/03/2011

**Nº da Guia:** 24520



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 21/02/2025         | 14:12:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                         | Partes do corpo                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> ) | Mão Direita, Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Durante aula de handebol aluna recebeu a bola de mal jeito tendo um trauma no dedo. Foi colocado gelo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Isis                     | (51) 98154-3531 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Oberdan Oliveira                | 21/02/2025 |

| Local de atendimento    |
|-------------------------|
| Outro (Não Credenciado) |

| Observações                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluna atendida pela professora e pelo coordenador após sofrer um trauma no dedo durante educação física. |

Ass.: \_\_\_\_\_

Oberdan Silva de Oliveira

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)