

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº 2024/229394

Emitida em:

30/04/2024 às 08:50:36

Competência:

30/04/2024

Código de Verificação:

13f93332



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

CPF/CNPJ: 92815000000168

Inscrição Municipal: 15195120

RUA PROFESSOR ANNES DIAS, 295 - - CENTRO HISTORICO - CEP: 90020090

Porto Alegre

RS

Telefone: (51) 32148000

Email

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 15116763000331

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Inscrição Municipal: Não informado

Matias Jose Bins, 581, Tres Figueiras - Cep: 91330290

Porto Alegre

RS

Telefone: (51) 33821200

Email

Discriminação do(s) Serviço(s)

- Prestação de Serviços Hospitalares

Fatura: 1299299

- Observação:

Código Tributação:

40300100 - Serviços de hospitais, clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.

Cód.Tributação / Subitem Lista de serviços LC 116/03 / Descrição:

4.03 Hospitais, Clínicas, Laboratórios, Sanatórios, Manicômios, Casas de Saúde, Prontos-socorros, Ambulatorios e Congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 / Porto Alegre

Natureza da Operação:

04 - Imune

- "Imune cfe. artigo 150, inc.VI, alínea "c" da Constituição Federal" e "Artigo 9, inc. IV, letra "c" do CTN." -

Valor dos serviços:	R\$ 152,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00
Valor Líquido:	R\$ 152,00

Valor dos serviços:	R\$ 152,00
(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Desconto	R\$ 0,00
(=) Base de Cálculo:	R\$ 0,00
(x) Alíquota:	0%
(=) Valor do ISS:	R\$ 0,00

Outras Informações: Esta NFS-e substitui o RPS Nº 20957957 Série S-UNI, emitido em 30/04/24.

"A NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA É UM DOCUMENTO PARA FORMALIZAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADA PELA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE AO CLIENTE E NÃO SERVE COMO INSTRUMENTO DE QUITAÇÃO OU DE COMPROVAÇÃO DE DESPESAS PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA"



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

COLEGIO ADVENTISTA - CNPJ: 15116763000331

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

CGC: 92815000000188 - Insc. Est.: 0962572489 - Fone 3214 8000

Fatura: 1299299

Tipo Protocolo Pronto Atendimento

Dt. Entrega Conv: 03/05/2024 03107

Dt. Vencimento 02/06/2024 07108

Título:

Nota Fiscal (NFe):

Atendimento	Conta	Paciente	Nº Guia	Matrícula	Data Entrada	Data Alta	Total
19039854	21014999	HEITOR GOUVEIA BRUNO	15811	8758399	08/03/2024	08/03/2024	76,00
19016336	20987145	LUIZA NEVES AREND	15659	9532959	05/03/2024	05/03/2024	76,00
Total(2)							152,00

Total do Protocolo: 2

152,00

Após o vencimento incidirá multa de 2% sobre o valor da fatura.

Recebido: ____/____/____ Assinatura: _____



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

COLEGIO ADVENTISTA - CNPJ: 15116763000331

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

CGC: 92815000000168 - Insc. Est.: 0962572489 - Fone 3214 8000

Fatura: 1299299
Tipo Protocolo Pronto Atendimento
Dt. Entrega Conv: 03/05/2024
Dt. Vencimento 02/06/2024
Título:

Nota Fiscal (NFe):

Atendimento	Conta	Paciente	Nº Guia	Matrícula	Data Entrada	Data Alta	Total
19039854	21014999	HEITOR GOUVEIA BRUNO	15811	8758399	08/03/2024	08/03/2024	76,00
19016336	20987145	LUIZA NEVES AREND	15659	9532959	05/03/2024	05/03/2024	76,00
Total(2)							152,00

Total do Protocolo: 2 152,00

Após o vencimento incidirá multa de 2% sobre o valor da fatura.

Recebido: / / Assinatura: _____



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS
CNPJ:92815000000168 - Inscrição estadual:ISENTA - Fone:32148000
(CNES 2237253)



Conta paciente

Paciente:

LUIZA NEVES AREND

Convênio:

COLEGIO ADVENTISTA

Usuário/Matrícula:

9532959

Categoria:

GERAL - ISCMPA

Nº atend: 19.016.3

Nº IC: 20.987.14

Protocolo: 1.299.29

Prontuário: 637519

Data entrada: 05/03/2024 10:09:56 Data saída: 05/03/2024 12:10:42

Médico: Dra. MILENA SBALCHIERO MORELLO (CRM 56290)

Proc Princ: 10101039

Em Pronto Socorro

Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Espec/Clinica: 4 Pediátrica

CID Princ: W01 Queda mesmo nível escorr tropec passo falso

Agrupament Hospital da Criança Santo
Senha:

Validade 31/12/2024

Guia: 15659

Dt Conta: 05/03/24 10:13

Dt inicial: 05/03/24 10:09

Dt final: 05/03/24 12:10

Refer: 30/04/24

Resumo da Conta

Seq

1

Total da Conta
R\$ 76,00

Procedimentos Diversos

Seq	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.m	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
1	2,00	10101039	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) Consulta em pronto socorro		05/03/2024	1	76,00	76,00
Total - HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -							1	76,00
Total de Procedimentos Diversos							1	76,00
Total da Estrutura								76,00

Total Geral

Seq

1

Valor
R\$ 76,00

Total geral

76,00

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Atend.: 19016336
Conta: 20987145

2 - N° Guia no Prestador 20987145

COLEGIO ADVENTISTA

[illegible]



Paciente	1031737 - LUIZA NEVES AREND	Atendimento	19.016.336
Data Nasc.	24/10/2013 10a 4m 10d	Prontuário	637519
Sexo	FEMININO	Dt. Entrada	05/03/2024 10:09:56
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)	Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Admissão	Matrícula	9532959

Previsões para o Atendimento PARTICULAR E CONVÊNIOS em Urgência e Emergência

1) O paciente e/ou Responsável **declara** ter conhecimento da cobertura contratada perante o seu convênio de saúde, bem como que não existe qualquer impedimento ou restrição para seu atendimento através do seu convênio de saúde, seja de carência, cobertura contratual ou financeira.

2) O Paciente e/ou Responsável arcará com todas as despesas médico-hospitalares, em NÍVEL PARTICULAR, caso não haja por parte do Convênio a devida cobertura ou autorização para a INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES necessários. Assim, está ciente o Paciente e/ou Responsável, de que a responsabilidade assumida, é complementar ao Convênio, no caso de haver negativa ou glosa por parte deste, mesmo se posterior ao atendimento, sendo de responsabilidade e legitimidade exclusiva do paciente eventual interferência junto ao Convênio de Saúde para reversão da negativa ou reembolso.

3) Tratando-se de atendimento de urgência/emergência PARTICULAR, o Hospital fica expressa e previamente autorizado a realizar todos os exames, intervenções cirúrgicas e tratamentos hospitalares necessários, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado por médico responsável. Desta forma, assume o Paciente e Responsável a obrigação pelo pagamento das despesas do atendimento particular, bem como todas as despesas geradas para a conclusão diagnóstica e tratamento.

4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve o presente como autorização prévia para a internação e todos procedimentos necessários ao tratamento, responsabilizando-se o Paciente e Responsável pelo pagamento das despesas decorrentes desse atendimento e declarando-se absolutamente ciente de que ao optar pelas formas de assistência médico-hospitalar Particular ou de Outros Convênios Privados com Cobertura Ambulatorial, NÃO PODERÁ, sob hipótese alguma, requerer transferência para forma de assistência do SUS na presente internação, vedação esta de natureza legal e contratual.

5) Para fins do cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados, sempre que for necessário para a tutela da saúde, fica o Hospital **autorizado expressamente** a coletar e tratar dados pessoais e sensíveis do paciente bem como encaminhar informações e permitir o acesso integral a todos os registros médicos (Prontuário Médico) do paciente e das internações dele constantes, para o Convênio de Saúde do qual seja beneficiário e/ou segurado, para fins de auditoria, aferição, verificação e reembolso das despesas médicas por parte daquele convênio-saúde. A Política de Privacidade da Santa Casa está disponível em <https://www.santacasa.org.br> e são complementares ao aqui previsto.

6) Considerando que a Santa Casa é um Hospital Escola, campo de pesquisas clínicas e acadêmicas, o Paciente/Responsável autoriza o Hospital a disponibilizar informações clínicas, resultados de exames e dados do Paciente em banco de dados para fins de pesquisa, obrigando-se a manter o integral anonimato, nos termos da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018. Havendo compatibilidade de dados clínicos para pesquisa, o Paciente autoriza a disponibilização do prontuário médico e outros dados ao pesquisador, para eventual participação em recrutamento. O consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo, através dos canais institucionais.

7) O Paciente/Responsável admite como válida e aceita as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico e outros documentos eletrônicos. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, tais como acesso por meio de usuário e senha pessoais, conforme previsão nos artigos 4º, II e artigo 14º, I da Lei 14.063/2020 e Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

8) Ressalvadas as glosas ou negativas do Convênio de Saúde posteriores ao atendimento, as despesas hospitalares deverão ser pagas no momento da alta hospitalar, valendo este boletim de atendimento como título executivo extrajudicial.


Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Neves Arend
Nº da Carteira: 9.53.2959
Instituição: Escola Adventista de Sarandi



Data de Nascimento: 24/10/2013

Nº da Guia: 15659

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/03/2024	08:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

A aluna estava na educação física e escorregou batendo a nuca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Raquel Santos	(51) 98310-2582
William Aguilar	(51) 98321-7676

Quem prestou primeiros socorros	Data
Raquel Santos	05/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rua Professor Annes Dias	295	Centro Histórico	(51) 3214-8000

Observações

A aluna foi atendida pelo monitor e encaminhada para Coord. de Disciplina e os alunos foram chamados.

Ass.:

William Leite Aguilar

Escola Adventista de Ensino
Fundamental do Sarandi
Parecer 1.416/93
Rua Passos Figueiroa, 841 - Sarandi
CEP: 91110-500 - Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3092-1414

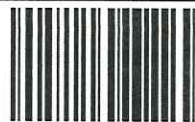
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS
CNPJ:92815000000168 - Inscrição estadual:ISENTA - Fone:32148000
(CNES 2237253)



Conta paciente

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	19.039.854
HEITOR GOUVEIA BRUNO	COLEGIO ADVENTISTA	8758399	Nº IC:	21.014.999
Categoria:				
GERAL - ISCMPA				
			Protocolo:	1.299.299

Prontuário: 2058310 Data entrada: 08/03/2024 17:05:19 Data saída: 08/03/2024 17:50:45
Médico: Dr. MARCOS ANTONIO SLOMPO (CRM 24103) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Pediátrica
CID Princ:
Guia: 15811 Agrupament Hospital da Criança Santo
Senha: Validade 31/07/2024

Dt Conta: 08/03/24 17:10 Dt inicial: 08/03/24 17:05 Dt final: 08/03/24 17:50 Refer: 30/04/24

Resumo da Conta

Seq	Total da Conta
1	R\$ 76,00

Procedimentos Diversos

Seq	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.m	Data	Qtd	Vi. Unit.	Vi. Total
			HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)					
1	2,00	10101039	Consulta em pronto socorro		08/03/2024	1	76,00	76,00
Total - HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -						1		76,00
Total de Procedimentos Diversos						1		76,00
Total da Estrutura								76,00

Total Geral

Seq	Valor
1	R\$ 76,00

Total geral 76,00

V.3.0

Atend.: 19039854
Conta: 21014999

2 - Nº Guia no Prestador 21014999

COLEGIO ADVENTISTA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	15811	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15811	11 - Cartão Nacional de Saúde	704604677841820	12 - Atendimento a RN	N						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	08/03/2024	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	HEITOR GOUVEIA BRUNO	19 - Código CBO	17 - Número no Conselho	16 - UF							
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	8758399	13 - Nome do Contratado	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF							
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	08/03/2024	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtdde.Solic.	28 - Qtdde.Aut.	1	1									
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro												
2															
3															
4															
5															
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora	92815000000168	30 - Nome do Contratado	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	31 - Código CNES	2237253								
Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	9	34 - Tipo de Consulta	1								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
1	08/03/2024	17:05:19	17:50:45	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	1,00			76,00	76,00			
2															
3															
4															
5															
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq.Ref.	12	50 - Código na Operadora/GPF	62465932034	51 - Nome do Profissional	ALINE MEDEIROS BOTTA	52 - Conselho Profissional	6	53 - Número no Conselho	20289	54 - UF	RS	55 - Código CBO	225124
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série															
1															
2															
58 - Observação / Justificativa															
59 - Total Procedimentos (R\$)															
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)															
61 - Total Materiais (R\$)															
62 - Total de OPME (R\$)															
63 - Total Medicamentos (R\$)															
64 - Total Gases Medicinais R\$															
65 - Total Geral (R\$)															
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização															
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável															
68 - Assinatura do Contratado															

Impresso em: 30/04/2024 08:42:25

Página 1

F10070889

WATE70106



Paciente	3353051 - HEITOR GOUVEIA BRUNO	Atendimento	19.039.854
Data Nasc.	09/04/2020 3a 10m 28d	Prontuário	2058310
Sexo	MASCULINO	Dt. Entrada	08/03/2024 17:05:19
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)	Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Admissão	Matrícula	8758399

Previsões para o Atendimento PARTICULAR E CONVÊNIOS em Urgência e Emergência

1) O paciente e/ou Responsável **declara** ter conhecimento da cobertura contratada perante o seu convênio de saúde, bem como que não existe qualquer impedimento ou restrição para seu atendimento através do seu convênio de saúde, seja de carência, cobertura contratual ou financeira.

2) O Paciente e/ou Responsável arcará com todas as despesas médico-hospitalares, em NÍVEL PARTICULAR, caso não haja por parte do Convênio a devida cobertura ou autorização para a INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES necessários. Assim, está ciente o Paciente e/ou Responsável, de que a responsabilidade assumida, é complementar ao Convênio, no caso de haver negativa ou glosa por parte deste, mesmo se posterior ao atendimento, sendo de responsabilidade e legitimidade exclusiva do paciente eventual interferência junto ao Convênio de Saúde para reversão da negativa ou reembolso.

3) Tratando-se de atendimento de urgência/emergência PARTICULAR, o Hospital fica expressa e previamente autorizado a realizar todos os exames, intervenções cirúrgicas e tratamentos hospitalares necessários, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado por médico responsável. Desta forma, assume o Paciente e Responsável a obrigação pelo pagamento das despesas do atendimento particular, bem como todas as despesas geradas para a conclusão diagnóstica e tratamento.

4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve o presente como autorização prévia para a internação e todos procedimentos necessários ao tratamento, responsabilizando-se o Paciente e Responsável pelo pagamento das despesas decorrentes desse atendimento e declarando-se absolutamente ciente de que ao optar pelas formas de assistência médico-hospitalar Particular ou de Outros Convênios Privados com Cobertura Ambulatorial, NÃO PODERÁ, sob hipótese alguma, requerer transferência para forma de assistência do SUS na presente internação, vedação esta de natureza legal e contratual.

5) Para fins do cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados, sempre que for necessário para a tutela da saúde, fica o Hospital **autorizado expressamente** a coletar e tratar dados pessoais e sensíveis do paciente bem como encaminhar informações e permitir o acesso integral a todos os registros médicos (Prontuário Médico) do paciente e das internações dele constantes, para o Convênio de Saúde do qual seja beneficiário e/ou segurado, para fins de auditoria, aferição, verificação e reembolso das despesas médicas por parte daquele convênio-saúde. A Política de Privacidade da Santa Casa está disponível em <https://www.santacasa.org.br> e são complementares ao aqui previsto.

6) Considerando que a Santa Casa é um Hospital Escola, campo de pesquisas clínicas e acadêmicas, o Paciente/Responsável autoriza o Hospital a disponibilizar informações clínicas, resultados de exames e dados do Paciente em banco de dados para fins de pesquisa, obrigando-se a manter o integral anonimato, nos termos da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018. Havendo compatibilidade de dados clínicos para pesquisa, o Paciente autoriza a disponibilização do prontuário médico e outros dados ao pesquisador, para eventual participação em recrutamento. O consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo, através dos canais institucionais.

7) O Paciente/Responsável adquirem como válida e aceitam as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico e outros documentos eletrônicos. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, tais como acesso por meio de usuário e senha pessoais, conforme previsão nos artigos 4º, II e artigo 14º, I da Lei 14.063/2020 e Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

8) Ressalvadas as glosas ou negativas do Convênio de Saúde posteriores ao atendimento, as despesas hospitalares deverão ser pagas no momento da alta hospitalar, valendo este boletim de atendimento como título executivo extrajudicial.


Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Heitor Gouveia Bruno
Nº da Carteira: 8.75.8399
Instituição: Colégio Adventista de Viamão

Data de Nascimento: 09/04/2020

Nº da Guia: 15811

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2024	14:55:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando no parquinho e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Ana Monitora.

(51) 98510-7368

Quem prestou primeiros socorros

Data

Jerônimo Coordenador Disciplinada.

08/03/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Professor Annes Dias

295

Centro Histórico

(51) 3214-8000

Observações

A mãe optou fazer uso do Auxílio AMA.

Ass.:

Jerônimo Ribeiro
Coord. de Disciplina

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

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 (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 / portoalegre.clinicaadventista.org.br