



HOSPITAL UNIMED BLUMENAU - UNIDADE VILA NOVA
Rua ALMIRANTE BARROSO 1159
Fone: 33318700 Fax: 33318309
BLUMENAU
CNPJ: 82.624.776/0006-51 Inscrição Municipal: 87284

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS
Número: 47554
Emissão: 04/05/2021 18:
Vencimento: 19/05/2021
SERIE ÚNICA

Cliente	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	CPF/CNPJ	15.116.763/0004-12	
Endereço	JULIA DA COSTA,	Fone		
Bairro	BIGORRILHO	Atendimento	1633476	
Cep	80730070	Título	9842709	
Cidade	CURITIBA	UF	PR	
Observação		Dt. Competência		
Codigo	Descrição	Quantidade	Unitário	Total Item
77777777	Serviços Hospitalares Prestados	1	370,00	370,00

Este RPS será convertido em NFS-e em 10 (dez) dias. Para confirmar, acesse <http://www.blumenau.sc.gov.br/nfse>

Valor por Extenso				Trezentos e Setenta Reais					
Valor Bruto	370,00	Base IR	370,00	Aliquota IR	1,5	Valor IR	0,00	Valor Liquido	370,00
Base Calculo CSRF		Aliquota CSRF		Valor CSRF		----- Autenticação Mecânica -----			

RECIBO DO PAGADOR

SANTANDER		033-7	03399.67374 74900.000980 42709.101010 1 86250000037000				
Vencimento	Agência/Código Cedente		Espécie	Quantidade	Nosso Número	Nº Documento	
19/05/2021	0147 / 6737749		DM		098427091	9842709	
(=) Valor do Documento	(-) Desconto / Abatimento		(+) Mora/Dia		(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado	
370,00							
Pagador							
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - 15.116.763/0004-12							

SANTANDER				033-7	03399.67374 74900.000980 42709.101010 1 86250000037000								
Local de pagamento					PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento		19/05/2021	
Beneficiário					UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO CNPJ: 82.624.776/0001-47					Agência / Código do Beneficiário		0147 / 6737749	
Data Emissão		Número Documento		Espécie Documento		Aceite		Data Processamento		Nosso Número			
04/05/2021		9842709		DM		N		14/05/2021		098427091			
Uso do Banco		Carteira		Espécie		Quantidade		Valor		(-) Valor Documento			
		101		R\$						370,00			
Instruções					OS PAGAMENTOS EFETUADOS ATRAVÉS DE DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO SERÃO PROCESSADOS							(-) Desconto / Abatimento	
Juros de 1% ao mês após o vencimento												(-) Outras Deduções	
Após o vencimento cobrar multa de 2%												(+) Mora / Multa	
												0,00	
												(+) Outros Acréscimos	
												(-) Valor Cobrado	
												370,00	

Pagador
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - 15.116.763/0004-12
JULIA DA COSTA, nº, BIGORRILHO
80.730-070 - CURITIBA - PR
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



 MUNICÍPIO DE BLUMENAU SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA DIRETORIA DE RECEITA GERENCIA DE TRIBUTOS MOBILIÁRIOS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E				Número da Nota Fiscal 52227 Série: E Data Emissão: 04/05/2021 Certificação: 4525AE27A	
DADOS DO PRESTADOR					
	Nome/Razão Social: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO Nome Fantasia: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO CNPJ/CPF: 82.624.776/0006-51 Insc. Municipal: 87284 Endereço: ALMIRANTE BARROSO Bairro: VILA NOVA Município: BLUMENAU E-mail: heloisa.schmitz@unimedblumenau.com.br País: BRASIL		Insc. Estadual: Nº: 1159 Compl.: UF: SC CEP: 89035-402 Telefone: 4733318683		
DADOS DO TOMADOR					
Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE CNPJ/CPF: 15.116.763/0004-12 Endereço: JULIA DA COSTA Bairro: BIGORRILHO Município: CURITIBA E-mail: País: BRASIL		Insc. Estadual: Nº: Compl.: UF: PR CEP: 80730-070 Telefone: Nif:			
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO					
SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA 10716853922 SERVICOS HOSPITALARES PRESTADOS ESTE RPS SERA CONVERTIDO EM NFS-E EM 10 (DEZ) DIAS UTEIS. PARA CONFIRMAR, ACESSE HTTPS://NFSE.BLUMENAU.SC.GOV.BR, E SIGA AS OPCOES: RPS VERIFICAR AUTENTICIDADE RPS E PREENCHA AS INFORMACOES SOLICITADAS, SENDO QUE, NO CA PERIODO DE FECHAMENTO 04/05/21A 04/05/21					
VALOR BRUTO DA NOTA			R\$ 370,00		
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 370,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 7,40
PIS: % R\$ 0,00	COFINS: % R\$ 0,00	INSS: % R\$ 0,00	IR: % R\$ 0,00	CSLL: % R\$ 0,00	Outras Retenções: R\$ 0,00
Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 370,00
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO					
Atividade: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
Mês de Competência: 05/2021 Recolhimento: Sem Retenção CNAE: 8610102	Local do Recolhimento: BLUMENAU/SC Tributação: Tributação por Faturamento (Variável)		Data Geração: 04/05/2021 18:11:01 Nº RPS: 47554 Série RPS: U		
Observações:					
Impresso em: 04/05/2021 às 18:12:48			O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.		
Recebi(emos) de: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____ Data			NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 52227 Certificação 4525AE27A		

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Pelo presente instrumento particular, **SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA**, Brasileiro (a), Solteiro(a), Estudante, inscrito no CPF sob nº 107.168.539-22 e no RG sob nº 8319484, residente e domiciliado na LUIZ ABRY, nº 107 Bairro DO SALTO, na cidade de BLUMENAU, SC, na qualidade de atendimento particular, doravante denominado **PACIENTE** e/ou Responsável Sr(a). **NELISETTE SCHEIDT**, inscrito no CPF sob nº 031.497.239-06 e no RG sob nº 4280874, residente e domiciliado na RUA LUIZ ABRY, nº 107, bairro DO SALTO, na cidade de BLUMENAU/SC, e, de outro lado **UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIDADE VILA NOVA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 82.624.776/0006-51 e na ANS sob o nº 33456-1, estabelecida na Rua Almirante Barroso, nº 1159, bairro Vila Nova, na cidade de Blumenau/SC, e neste ato por seus representantes legais, doravante denominado **UNIDADE HOSPITALAR**, tem justo e acordado a celebração do presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto deste contrato a prestação de serviços Médicos Hospitalares, por parte da **UNIDADE HOSPITALAR**, consistente em fornecer hospedagem e de prestar serviços paramédicos, necessários ao adequado atendimento junto ao Pronto Atendimento (PA), bem como no caso de internação hospitalar, em acomodação conforme a escolha do **PACIENTE** e/ou seu **Responsável**, incluída realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica procedimentos cirúrgicos em geral, além de serviços de Oncologia, Fisioterapia e demais serviços ambulatoriais necessários à busca da recuperação da saúde do **PACIENTE**.

Parágrafo Único: Além dos serviços acima mencionados, poderão ser requisitados serviços a serem prestados por empresas terceirizadas e credenciadas à **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como a remoção para outras **UNIDADES HOSPITALARES**, de acordo com a prescrição do médico assistente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO

Os preços praticados pela **UNIDADE HOSPITALAR**, como contrapartida pelos serviços prestados, estão discriminados em tabelas próprias, reajustáveis de acordo com a variação dos custos dos quais o **PACIENTE** e/ou **Responsável**, desde já manifestam seu conhecimento e concordância em relação aos valores nelas constantes, cientes de que o preço dos medicamentos, materiais hospitalares e demais insumos estão indexados em tabelas de referência nacional, denominadas Brasíndice e Simpro.

Parágrafo Primeiro: Os serviços terceirizados não estão inclusos na conta médica firmada no presente instrumento e, serão cobrados à parte pelo prestador.

Parágrafo Segundo: Fica o **PACIENTE** e/ou **Responsável** ciente que o valor da consulta será de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), sendo que todos os demais serviços médicos/hospitalares serão cobrados a parte, a exemplo de procedimentos complementares, materiais, medicamentos, entre outros.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA LIQUIDAÇÃO DA CONTA HOSPITALAR - ATENDIMENTO PARTICULAR

O **PACIENTE** em atendimento particular e/ou **Responsável** assume a responsabilidade pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa Médica e Hospitalar que venha a ser realizada, levando-se em consideração que o atendimento inicia com a admissão do paciente e encerra-se na data e horário da alta hospitalar.

Parágrafo Primeiro: O **PACIENTE** e/ou **Responsável** deverá efetuar depósito inicial e/ou total, por ocasião da internação para cobertura das despesas iniciais com os serviços que serão prestados, de acordo com o(s) valor(es) estipulado(s) pela **UNIDADE HOSPITALAR** ou conforme orçamento prévio estimado em caso de internação cirúrgica eletiva, ciente de que, sempre que o valor da conta hospitalar ultrapassar o valor do depósito, o pagamento complementar será realizado no momento da alta hospitalar ou após o fechamento da conta, sendo quitado através de boleto bancário ou pagamento direto na unidade hospitalar, independentemente dos orçamentos prévios repassados, a **UNIDADE HOSPITALAR** poderá solicitar pagamentos complementares mediante a apresentação e ciência dos valores ao **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

Parágrafo Segundo: A **UNIDADE HOSPITALAR**, nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **PACIENTE**, caracterizada em declaração do médico assistente, e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, após o devido atendimento, exigirá o depósito inicial previsto no "caput", bem como eventuais pagamentos complementares, o que poderá ser feito em espécie, cheque ou cartão, resgatáveis após a alta do paciente, desde que regularmente liquidada a conta hospitalar.

Parágrafo Terceiro: Os valores não liquidados, por ocasião da alta hospitalar, decorrentes do presente contrato, serão acrescidos de juros legais, atualização monetária e multa de 2 (dois por cento) sobre o montante devido, ficando ciente de que decorridos 30 (trinta) dias do vencimento, poderá ocorrer a inclusão do nome do **PACIENTE** e/ou **Responsável** junto aos serviços de proteção ao crédito, caso sejam notificados neste sentido e deixem de quitar o débito pendente.

CLAUSULA QUARTA - DO PACIENTE DO CONVENIO

O **PACIENTE** e/ou **Responsável** declara ter conhecimento da cobertura pelo seu plano de assistência à saúde; caso o seu plano não dê cobertura ao atendimento e/ou procedimento, o **PACIENTE** e/ou **Responsável** pagará por todas as despesas na condição de atendimento particular, devendo efetuar o pagamento das despesas não autorizadas pelo convênio.

Parágrafo Primeiro: O **PACIENTE** e/ou **Responsável** usuário de plano de assistência à saúde, se compromete em providenciar, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, a documentação necessária para que a internação seja autorizada pela operadora de plano de assistência à saúde, sob pena de assumirem a responsabilidade por todas as despesas hospitalares relativas ao tratamento, inclusive os honorários médicos, sendo a internação considerada como de caráter particular.

I - No caso de utilização voluntária de aposentos especiais superiores ao de direito estipulado no contrato firmado com o convênio o **PACIENTE** e/ou **Responsável** se compromete a pagar antecipadamente a diferença da diária estipulada na tabela da **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como a diferença de honorários médicos conforme estipulado pelo profissional médico, cuja cobrança, pela **UNIDADE HOSPITALAR**, se dá por mera questão operacional.

II - O **PACIENTE** e/ou **Responsável** deverá efetuar o pagamento das despesas não autorizadas pelo seu convênio no momento em que for notificado da negativa de cobertura, tais como as diárias não prorrogadas, bem como os medicamentos, procedimentos, órteses, próteses e materiais especiais não cobertos, além dos honorários médicos, despesas de frigobar, materiais de higiene, serviços de nutrição e demais despesas extraordinárias.

CLAUSULA QUINTA - DOS DANOS CAUSADOS

O **PACIENTE** e/ou **Responsável** serão responsabilizados por todo e qualquer dano causado em móveis, bens, equipamentos ou utensílios de propriedade da **UNIDADE HOSPITALAR**, causado pelo próprio **PACIENTE** ou por terceiros que o acompanharem durante a internação ou nos horários de visitas, arcando com as despesas de reposição ou conserto, mediante a exibição de notas fiscais ou orçamentos idôneos, cujos valores serão incluídos na conta hospitalar.

CLAUSULA SEXTA - DA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE

A transferência do **PACIENTE** PARA OUTRA INSTITUIÇÃO hospitalar para fins de internação, desde que o seu quadro clínico assim o permita e não houver qualquer restrição de ordem médica, será de inteira responsabilidade do **PACIENTE** e/ou **Responsável**, incluída a obtenção de vaga em outra instituição hospitalar, o pagamento dos custos com transportes e acompanhamento de profissional assistente quando for necessário.

CLAUSULA SETIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

As partes declaram estar cientes e de acordo com todas as cláusulas do presente instrumento particular de prestação de serviços médicos hospitalares, sendo de inteira responsabilidade da **UNIDADE HOSPITALAR** a prestação dos serviços hospitalares, consistentes em fornecer hospedagem e de prestar serviços paramédicos, excluída, portanto, a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de atos exclusivamente médicos relativos a diagnósticos, prescrições e procedimentos cirúrgicos, sendo, por outro lado, de inteira responsabilidade do **PACIENTE** e/ou **Responsável** o integral pagamento das despesas decorrentes do atendimento hospitalar prestado durante o período de internação.

Parágrafo Único: A UNIDADE HOSPITALAR não se responsabiliza por qualquer importância em dinheiro, joias ou objetos de valor deixados nos aposentos por **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

CLÁUSULA OITAVA - DO TRATAMENTO

Fica autorizado ao corpo clínico da **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como sua equipe médica e médicos responsáveis praticar qualquer procedimento, diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que forem julgados necessários ao tratamento do **PACIENTE**.

Parágrafo Único: Todos os procedimentos a serem realizados serão devidamente informados ao **PACIENTE** e/ou **Responsável**, desde que haja necessidade, a **UNIDADE HOSPITALAR** emitirá o Temo de Consentimento informado adequado a situação que deverá ser assinado pelo **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

CLÁUSULA NONA - DO FORO

As partes elegem o foro da comarca de Blumenau (SC), a fim de dirimir as dúvidas oriundas do presente Contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem certos e ajustados, firmam o presente Contrato em duas 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Blumenau, 4 de maio de 2021



RESPONSÁVEL

Nome: NELISETTE SCHEIDT

CPF: 031.497.239-06

Alexandre José Ferreira

Triguns

Bomina

UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIDADE VILA NOVA

UNIDADE HOSPITALAR

Testemunhas

[Signature]

Nome: LISIARA CABREIRA RODRIGUES
CPF: 002.832.730-62

[Signature]

Nome: **Maria Carolina Boaroli**
CPF: **CPF 110.929.059-44**



SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA

BLUMENAU, 4 de maio de 2021.

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que NELISETTE SCHEIDT, esteve acompanhando seu filho(a), SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA, 8 anos, no dia 04/05/2021 17:11:50.

CID: S60

Jefferson Kurki de Andrade
Médico Pediatra
CRM 7682

JEFFERSON KURKI DE ANDRADE
CRM 7682

04/05/2021

Apto ao retorno das atividades automaticamente ao término do período concedido no atestado.

Atestado Médico - O que você precisa saber:

- 1 - O médico tem direito e liberdade de atestar o que achar conveniente e ético.
- 2 - É proibido atestado retroativo.
- 3 - De rotina e quando solicitada, cabe ao médico plantonista fornecer apenas "Declaração de Comparecimento".
- 4 - A revelação do diagnóstico (CID) é um direito do paciente, desde que solicitada e com sua autorização expressa.



HOSPITAL UNIMED BLUMENAU - UNIDADE VILA NOVA
Rua: ALMIRANTE BARROSO
Bairro: VILA NOVA
Tel: 47-33318700
CEP: 89035402
BLUMENAU -

SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA

BLUMENAU, 4 de maio de 2021.

uso int

alivium gotas 100 mg ----- 1 frasco
de 20 gotas pela boca de 6 em 6 horas se febre ou dor

repouso e gelo local

se tiver vomitos , desmaio , convulsao , dor forte revisao

Observar os sintomas, se piora ou surgimento de novas alterações, procurar o PS.
Fazer revisão com seu Pediatra.

Jefferson Kurki de Andrade
Médico Pediatra
CRM 7682

Dr. JEFFERSON KURKI DE ANDRADE (CRM 7682)

Hospital Unimed Blumenau - Unidade Centro Tel (47) 3037-8500
Hospital Unimed Blumenau - Unidade Vila Nova Tel (47) 3331-8700
Agência de Saúde Unimed Tel (47) 3331-8500
CEPAS Tel (47) 3331-8500
SOS Tel 0800-645 47 47



SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA

BLUMENAU, 4 de maio de 2021.

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que NELISETTE SCHEIDT, esteve acompanhando seu filho(a), SAMUEL HENRIQUE BALDISSERA, 8 anos, no dia 04/05/2021 17:11:50.

CID: S60

JEFFERSON KURKI DE ANDRADE
CRM 7682

04/05/2021

Jefferson Kurki de Andrade
Médico Pediatra
CRM 7682

Apto ao retorno das atividades automaticamente ao término do período concedido no atestado.

Atestado Médico - O que você precisa saber:

- 1 - O médico tem direito e liberdade de atestar o que achar conveniente e ético.
- 2 - É proibido atestado retroativo.
- 3 - De rotina e quando solicitada, cabe ao médico plantonista fornecer apenas "Declaração de Comparecimento".
- 4 - A revelação do diagnóstico (CID) é um direito do paciente, desde que solicitada e com sua autorização expressa.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Henrique Baldissera
Nº da Carteirinha: 6.60.2141
Instituição: Escola Adventista de Blumenau



Data de Nascimento: 25/02/2013

Nº da Guia: 3325

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/05/2021	16:11:00	Sala de Aula	Durante a aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

O colega de turma apertou a mão do aluno.

Testemunha da ocorrência

Dimas Rocha Junior

Edinéia Mara Pallu

Telefone

(47) 9790-3727

(47) 99619-8747

Quem prestou primeiros socorros

Dimas Rocha Junior

Data

04/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O colega de turma apertou a mão do aluno.

Ass.: Edinéia Mara Pallu

Dimas da Rocha Junior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Dimas da Rocha Junior

1 de 1

4/05/2021 16:17

	HOSPITAL UNIMED BLUMENAU - UNIDADE VILA NOVA		Nota Fiscal de Serviço		1º Via
	RUA ALMIRANTE BARROSO, 1159		Número: 47554		Ater1633476
	Telefone: 47/33318700	Fax: 47/33318309	Emissão: 04/05/2021 18:09:27		
	Município: BLUMENAU	CEP.: 89035402	SÉRIE ÚNICA		
	CNPJ: 82624776000651	Inscr. Municipal: 87284	Títulos: 9842709		

Cliente:	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	CNPJ/CPF:	15.116.763/0004-12
Endereço:	JULIA DA COSTA,	Fone:	
Bairro:	BIGORRILHO	UF.:	PR
Cidade:	CURITIBA	CEP:	80730070
Operação:	Prestação de Serviços - Emissão	Natureza Oper.:	Prestação de Serviços

Código	Descrição	VI. unitário	Qtde	Total item	Observação do Item
77777777	Serviços Hospitalares Prestado	370,00	1	370,00	
PAGO: 04/05/2021 () Cartão () Espécie () Cheque _____ Assinatura					
Observação da Nota:					
Este RPS será convertido em NFS-e em 10 (dez) dias úteis. Para confirmar, acesse https://nfse.blumenau.sc.gov.br , e siga as opções: RPS > Verificar Autenticidade RPS e preencha as informações solicitadas, sendo que, no campo CNPJ, deve ser inserido o CPF.					
		Valor Bruto:	370,00	Valor Líquido:	370,00

	HOSPITAL UNIMED BLUMENAU - UNIDADE VILA NOVA		Nota Fiscal de Serviço		2º Via
	RUA ALMIRANTE BARROSO, 1159		Número: 47554		Ater1633476
	Telefone: 47/33318700	Fax: 47/33318309	Emissão: 04/05/2021 18:09:27		
	Município: BLUMENAU	CEP.: 89035402	SÉRIE ÚNICA REGIME ESPECIAL		
	CNPJ: 82624776000651	Inscr. Municipal: 87284	Títulos: 9842709		

Cliente:	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	CNPJ/CPF:	15.116.763/0004-12
Endereço:	JULIA DA COSTA,	Fone:	
Bairro:	BIGORRILHO	UF.:	PR
Cidade:	CURITIBA	CEP:	80730070
Operação:	Prestação de Serviços - Emissão	Natureza Oper.:	Prestação de Serviços

Código	Descrição	VI. unitário	Qtde	Total item	Observação do Item
77777777	Serviços Hospitalares Prestado	370,00	1	370,00	
PAGO: 04/05/2021 () Cartão () Espécie () Cheque _____ Assinatura					
Observação da Nota:					
Este RPS será convertido em NFS-e em 10 (dez) dias úteis. Para confirmar, acesse https://nfse.blumenau.sc.gov.br , e siga as opções: RPS > Verificar Autenticidade RPS e preencha as informações solicitadas, sendo que, no campo CNPJ, deve ser inserido o CPF.					
		Valor Bruto:	370,00	Valor Líquido:	370,00

