

|                                                                                                                    |                                                         |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  <b>HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ</b> | <b>HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ</b>                     | <b>NFS-e</b> Nº 202200000235739                     |
|                                                                                                                    | <b>AV. DAVID JOSÉ MARTINS 152 CENTRO CEP: 98700-000</b> | <b>COD. VERIFICAÇÃO:</b> c8ab1e039                  |
|                                                                                                                    | <b>IJUI - RS</b> <b>E-mail: DPICININI@HCI.ORG.BR</b>    | <b>DATA DE EMISSÃO:</b> 03/10/2022                  |
|                                                                                                                    | <b>TELEFONE:</b> 3331-9300                              | <b>RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS</b> Série: E |
|                                                                                                                    | <b>INSCR. C.N.P.J.:</b> 90.730.508/0001-38              | Nº 225598                                           |
|                                                                                                                    | <b>INSCR. C.C.M.:</b> 700475                            | <b>DATA DE EMISSÃO:</b> 03/10/2022 <b>FOLHA</b> 1   |
|                                                                                                                    | <b>INSCR. ESTADUAL:</b> ISENTO                          | <b>NATUREZA DA OPERAÇÃO:</b> Prestação Serviços     |
|                                                                                                                    |                                                         | <b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:</b> Assist. Médica        |

|                                   |                                                |                            |              |
|-----------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>RESPONSÁVEL:</b>               | INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                            |              |
| <b>ENDEREÇO:</b>                  | R MATIAS JOSE BINS,581                         |                            |              |
| <b>MUNICÍPIO:</b>                 | PORTO ALEGRE                                   |                            |              |
| <b>FONE RES.:</b>                 | 5133821200                                     | <b>FONE COM.:</b>          | 5133821200   |
| <b>No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J:</b> | 15116763000331                                 | <b>No. INSCR. EST./RG:</b> |              |
| <b>PACIENTE:</b>                  |                                                |                            |              |
| <b>DATA ATENDIMENTO:</b>          | <b>No. ATENDIMENTO:</b>                        | <b>ORIGEM ATENDIMENTO:</b> |              |
| <b>DATA INTERNAÇÃO:</b>           | <b>HORA:</b>                                   | <b>DATA ALTA:</b>          | <b>HORA:</b> |
| <b>OBS.:</b>                      |                                                |                            |              |

| UNID.     | QTDE. | DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS                                 | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL  |
|-----------|-------|------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| Unid.     | 1     | HONORARIOS                                                 | 80,00       | 80,00        |
| Unid.     | 1     | SERVIÇOS DE DIAGNOSTICO                                    | 33,40       | 33,40        |
| Unid.     | 1     | TAXAS                                                      | 22,00       | 22,00        |
|           |       | PIS (%) 0.00 R\$      0.00   COFINS (%) 0.00 R\$      0.00 |             |              |
| SUB-TOTAL |       |                                                            |             | TOTAL DO RPS |
| 135,40    |       |                                                            |             | 135,40       |

|                                                                                                                                  |                                         |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|
| Recebemos de HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE E                 |                                         | Nº 225598 |
| DATA RECEBIMENTO                                                                                                                 | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |           |
| Este documento trata-se de uma RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal. |                                         |           |