

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelly Martins de Souza
Nº da Carteirinha: 7.49.1432
Instituição: Escola Adventista de Imituba



Data de Nascimento: 10/06/2017

Nº da Guia: 28969

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2025	13:51:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Direito

Descrição
Aluna estava no balanço e caiu e bateu o braço no chão, a professora fez o atendimento e colocou gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Giane Furquim dos Santos	(51)99749-9737

Quem prestou primeiros socorros	Data
Francisco	30/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido em seguida pelo monitor que entrou em contato com os responsáveis.

Ass.: _____

Rodrigo 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 (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

4991329
963

2

10

13 - 14

000 000 000

1

100

100

1988 - 1989

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Nome do Contratado		17 - Conselho Profissional		18 - Nº Número no Conselho	
19 - UF		20 - Código CBO		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica / Justificativa		24 - Nome do Profissional Solicitante	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Cidade Solic.	
28 - Código na Operadora		29 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final		39 - Tabala		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Data		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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		69 - Data		70 - Cidade	
71 - UF		72 - Código CBO		73 - Valor Unitário (R\$)	
74 - Valor Total (R\$)		75 - Data		76 - Hora Inicial a 77 - Hora Final	
78 - Seq. Ref.		79 - Gr. Part.		80 - Código na Operadora/CPF	
81 - Nome do Profissional		82 - Conselho Profissional		83 - Número no Conselho	
84 - UF		85 - Código CBO		86 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Observação / Justificativa		89 - Total Procedimentos (R\$)	
90 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		91 - Total Materiais (R\$)		92 - Total de OPME (R\$)	
93 - Total Gases Medicinais R\$		94 - Total Geral (R\$)		95 - Data	
96 - Hora Inicial a 97 - Hora Final		98 - Seq. Ref.		99 - Gr. Part.	
100 - Código na Operadora/CPF		101 - Nome do Profissional		102 - Conselho Profissional	
103 - Número no Conselho		104 - UF		105 - Código CBO	
106 - Data de Realização de Procedimentos em Série		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Observação / Justificativa	
109 - Total Procedimentos (R\$)		110 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		111 - Total Materiais (R\$)	
112 - Total de OPME (R\$)		113 - Total Medicamentos (R\$)		114 - Total Gases Medicinais R\$	
115 - Total Geral (R\$)		116 - Assinatura do Responsável pela Autorização		117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
118 - Assinatura do Contratado		119 - Data		120 - Cidade	
121 - UF		122 - Código CBO		123 - Valor Unitário (R\$)	
124 - Valor Total (R\$)		125 - Data		126 - Hora Inicial a 127 - Hora Final	
128 - Seq. Ref.		129 - Gr. Part.		130 - Código na Operadora/CPF	
131 - Nome do Profissional		132 - Conselho Profissional		133 - Número no Conselho	
134 - UF		135 - Código CBO		136 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		138 - Observação / Justificativa		139 - Total Procedimentos (R\$)	
140 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		141 - Total Materiais (R\$)		142 - Total de OPME (R\$)	
143 - Total Gases Medicinais R\$		144 - Total Geral (R\$)		145 - Data	
146 - Hora Inicial a 147 - Hora Final		148 - Seq. Ref.		149 - Gr. Part.	
150 - Código na Operadora/CPF		151 - Nome do Profissional		152 - Conselho Profissional	
153 - Número no Conselho		154 - UF		155 - Código CBO	
156 - Data de Realização de Procedimentos em Série		157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		158 - Observação / Justificativa	
159 - Total Procedimentos (R\$)		160 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		161 - Total Materiais (R\$)	
162 - Total de OPME (R\$)		163 - Total Medicamentos (R\$)		164 - Total Gases Medicinais R\$	
165 - Total Geral (R\$)		166 - Assinatura do Responsável pela Autorização		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
168 - Assinatura do Contratado		169 - Data		170 - Cidade	
171 - UF		172 - Código CBO		173 - Valor Unitário (R\$)	
174 - Valor Total (R\$)		175 - Data		176 - Hora Inicial a 177 - Hora Final	
178 - Seq. Ref.		179 - Gr. Part.		180 - Código na Operadora/CPF	
181 - Nome do Profissional		182 - Conselho Profissional		183 - Número no Conselho	
184 - UF		185 - Código CBO		186 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		188 - Observação / Justificativa		189 - Total Procedimentos (R\$)	
190 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		191 - Total Materiais (R\$)		192 - Total de OPME (R\$)	
193 - Total Gases Medicinais R\$		194 - Total Geral (R\$)		195 - Data	
196 - Hora Inicial a 197 - Hora Final		198 - Seq. Ref.		199 - Gr. Part.	
200 - Código na Operadora/CPF		201 - Nome do Profissional		202 - Conselho Profissional	
203 - Número no Conselho		204 - UF		205 - Código CBO	
206 - Data de Realização de Procedimentos em Série		207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		208 - Observação / Justificativa	
209 - Total Procedimentos (R\$)		210 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		211 - Total Materiais (R\$)	
212 - Total de OPME (R\$)		213 - Total Medicamentos (R\$)		214 - Total Gases Medicinais R\$	
215 - Total Geral (R\$)		216 - Assinatura do Responsável pela Autorização		217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
218 - Assinatura do Contratado		219 - Data		220 - Cidade	
221 - UF		222 - Código CBO		223 - Valor Unitário (R\$)	
224 - Valor Total (R\$)		225 - Data		226 - Hora Inicial a 227 - Hora Final	
228 - Seq. Ref.		229 - Gr. Part.		230 - Código na Operadora/CPF	
231 - Nome do Profissional		232 - Conselho Profissional		233 - Número no Conselho	
234 - UF		235 - Código CBO		236 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		238 - Observação / Justificativa		239 - Total Procedimentos (R\$)	
240 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		241 - Total Materiais (R\$)		242 - Total de OPME (R\$)	
243 - Total Gases Medicinais R\$		244 - Total Geral (R\$)		245 - Data	
246 - Hora Inicial a 247 - Hora Final		248 - Seq. Ref.		249 - Gr. Part.	
250 - Código na Operadora/CPF		251 - Nome do Profissional		252 - Conselho Profissional	
253 - Número no Conselho		254 - UF		255 - Código CBO	
256 - Data de Realização de Procedimentos em Série		257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		258 - Observação / Justificativa	
259 - Total Procedimentos (R\$)		260 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		261 - Total Materiais (R\$)	
262 - Total de OPME (R\$)		263 - Total Medicamentos (R\$)		264 - Total Gases Medicinais R\$	
265 - Total Geral (R\$)		266 - Assinatura do Responsável pela Autorização		267 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
268 - Assinatura do Contratado		269 - Data		270 - Cidade	
271 - UF		272 - Código CBO		273 - Valor Unitário (R\$)	
274 - Valor Total (R\$)		275 - Data		276 - Hora Inicial a 277 - Hora Final	
278 - Seq. Ref.		279 - Gr. Part.		280 - Código na Operadora/CPF	
281 - Nome do Profissional		282 - Conselho Profissional		283 - Número no Conselho	
284 - UF		285 - Código CBO		286 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
287 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		288 - Observação / Justificativa		289 - Total Procedimentos (R\$)	
290 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		291 - Total Materiais (R\$)		292 - Total de OPME (R\$)	
293 - Total Gases Medicinais R\$		294 - Total Geral (R\$)		295 - Data	
296 - Hora Inicial a 297 - Hora Final		298 - Seq. Ref.		299 - Gr. Part.	
300 - Código na Operadora/CPF		301 - Nome do Profissional		302 - Conselho Profissional	
303 - Número no Conselho		304 - UF		305 - Código CBO	
306 - Data de Realização de Procedimentos em Série		307 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		308 - Observação / Justificativa	
309 - Total Procedimentos (R\$)		310 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		311 - Total Materiais (R\$)	
312 - Total de OPME (R\$)		313 - Total Medicamentos (R\$)		314 - Total Gases Medicinais R\$	
315 - Total Geral (R\$)		316 - Assinatura do Responsável pela Autorização		317 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
318 - Assinatura do Contratado		319 - Data		320 - Cidade	
321 - UF		322 - Código CBO		323 - Valor Unitário (R\$)	
324 - Valor Total (R\$)		325 - Data		326 - Hora Inicial a 327 - Hora Final	
328 - Seq. Ref.		329 - Gr. Part.		330 - Código na Operadora/CPF	
331 - Nome do Profissional		332 - Conselho Profissional		333 - Número no Conselho	
334 - UF		335 - Código CBO		336 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
337 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		338 - Observação / Justificativa		339 - Total Procedimentos (R\$)	
340 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		341 - Total Materiais (R\$)		342 - Total de OPME (R\$)	
343 - Total Gases Medicinais R\$		344 - Total Geral (R\$)		345 - Data	
346 - Hora Inicial a 347 - Hora Final		348 - Seq. Ref.		349 - Gr. Part.	
350 - Código na Operadora/CPF		351 - Nome do Profissional		352 - Conselho Profissional	
353 - Número no Conselho		354 - UF		355 - Código CBO	
356 - Data de Realização de Procedimentos em Série		357 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		358 - Observação / Justificativa	
359 - Total Procedimentos (R\$)		360 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		361 - Total Materiais (R\$)	
362 - Total de OPME (R\$)		363 - Total Medicamentos (R\$)		364 - Total Gases Medicinais R\$	
365 - Total Geral (R\$)		366 - Assinatura do Responsável pela Autorização		367 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
368 - Assinatura do Contratado		369 - Data		370 - Cidade	
371 - UF		372 - Código CBO		373 - Valor Unitário (R\$)	
374 - Valor Total (R\$)		375 - Data		376 - Hora Inicial a 377 - Hora Final	
378 - Seq. Ref.		379 - Gr. Part.		380 - Código na Operadora/CPF	
381 - Nome do Profissional		382 - Conselho Profissional		383 - Número no Conselho	
384 - UF		385 - Código CBO		386 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
387 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		388 - Observação / Justificativa		389 - Total Procedimentos (R\$)	
390 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		391 - Total Materiais (R\$)		392 - Total de OPME (R\$)	
393 - Total Gases Medicinais R\$		394 - Total Geral (R\$)		395 - Data	
396 - Hora Inicial a 397 - Hora Final		398 - Seq. Ref.		399 - Gr. Part.	
400 - Código na Operadora/CPF		401 - Nome do Profissional		402 - Conselho Profissional	
403 - Número no Conselho		404 - UF		405 - Código CBO	
406 - Data de Realização de Procedimentos em Série		407 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		408 - Observação / Justificativa	
409 - Total Procedimentos (R\$)		410 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		411 - Total Materiais (R\$)	
412 - Total de OPME (R\$)		413 - Total Medicamentos (R\$)		414 - Total Gases Medicinais R\$	
415 - Total Geral (R\$)		416 - Assinatura do Responsável pela Autorização		417 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
418 - Assinatura do Contratado		419 - Data		420 - Cidade	
421 - UF		422 - Código CBO		423 - Valor Unitário (R\$)	
424 - Valor Total (R\$)		425 - Data		426 - Hora Inicial a 427 - Hora Final	
428 - Seq. Ref.		429 - Gr. Part.		430 - Código na Operadora/CPF	
431 - Nome do Profissional		432 - Conselho Profissional		433 - Número no Conselho	
434 - UF		435 - Código CBO		436 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
437 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		438 - Observação / Justificativa		439 - Total Procedimentos (R\$)	
440 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		441 - Total Materiais (R\$)		442 - Total de OPME (R\$)	
443 - Total Gases Medicinais R\$		444 - Total Geral (R\$)		445 - Data	
446 - Hora Inicial a 447 - Hora Final		448 - Seq. Ref.		449 - Gr. Part.	
450 - Código na Operadora/CPF		451 - Nome do Profissional		452 - Conselho Profissional	
453 - Número no Conselho		454 - UF		455 - Código CBO	
456 - Data de Realização de Procedimentos em Série		457 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		458 - Observação / Justificativa	
459 - Total Procedimentos (R\$)		460 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		461 - Total Materiais (R\$)	
462 - Total de OPME (R\$)		463 - Total Medicamentos (R\$)		464 - Total Gases Medicinais R\$	
465 - Total Geral (R\$)		466 - Assinatura do Responsável pela Autorização		467 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
468 - Assinatura do Contratado		469 - Data		470 - Cidade	
471 - UF		472 - Código CBO		473 - Valor Unitário (R\$)	
474 - Valor Total (R\$)		475 - Data		476 - Hora Inicial a 477 - Hora Final	
478 - Seq. Ref.		479 - Gr. Part.		480 - Código na Operadora/CPF	
481 - Nome do Profissional		482 - Conselho Profissional		483 - Número no Conselho	
484 - UF		485 - Código CBO		486 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
487 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		488 - Observação / Justificativa		489 - Total Procedimentos (R\$)	
490 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		491 - Total Materiais (R\$)		492 - Total de OPME (R\$)	
493 - Total Gases Medicinais R\$		494 - Total Geral (R\$)		495 - Data	
496 - Hora Inicial a 497 - Hora Final		498 - Seq. Ref.		499 - Gr. Part.	
500 - Código na Operadora/CPF		501 - Nome do Profissional		502 - Conselho Profissional	
503 - Número no Conselho		504 - UF		505 - Código CBO	
506 - Data de Realização de Procedimentos em Série		507 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		508 - Observação / Justificativa	
509 - Total Procedimentos (R\$)		510 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		511 - Total Materiais (R\$)	
512 - Total de OPME (R\$)		513 - Total Medicamentos (R\$)		514 - Total Gases Medicinais R\$	
515 - Total Geral (R\$)		516 - Assinatura do Responsável pela Autorização		517 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
518 - Assinatura do Contratado		519 - Data		520 - Cidade	
521 - UF		522 - Código CBO		523 - Valor Unitário (R\$)	
524 - Valor Total (R\$)		525 - Data		526 - Hora Inicial a 527 - Hora Final	
528 - Seq. Ref.		529 - Gr. Part.		530 - Código na Operadora/CPF	
531 - Nome do Profissional		532 - Conselho Profissional		533 - Número no Conselho	
534 - UF		535 - Código CBO		536 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
537 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		538 - Observação / Justificativa		539 - Total Procedimentos (R\$)	
540 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		541 - Total Materiais (R\$)		542 - Total de OPME (R\$)	
543 - Total Gases Medicinais R\$		544 - Total Geral (R\$)		545 - Data	
546 - Hora Inicial a 547 - Hora Final		548 - Seq. Ref.		549 - Gr. Part.	
550 - Código na Operadora/CPF		551 - Nome do Profissional		552 - Conselho Profissional	
553 - Número no Conselho		554 - UF		555 - Código CBO	
556 - Data de Realização de Procedimentos em Série		557 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		558 - Observação / Justificativa	
559 - Total Procedimentos (R\$)		560 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		561 - Total Materiais (R\$)	
562 - Total de OPME (R\$)		563 - Total Medicamentos (R\$)		564 - Total Gases Medicinais R\$	
565 - Total Geral (R\$)		566 - Assinatura do Responsável pela Autorização		567 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
568 - Assinatura do Contratado		569 - Data		570 - Cidade	
571 - UF		572 - Código CBO		573 - Valor Unitário (R\$)	
574 - Valor Total (R\$)		575 - Data		576 - Hora Inicial a 577 - Hora Final	
578 - Seq. Ref.		579 - Gr. Part.		580 - Código na Operadora/CPF	
581 - Nome do Profissional		582 - Conselho Profissional		583 - Número no Conselho	
584 - UF		585 - Código CBO		586 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
587 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		588 - Observação / Justificativa		589 - Total Procedimentos (R\$)	
590 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		591 - Total Materiais (R\$)		592 - Total de OPME (R\$)	
593 - Total Gases Medicinais R\$		594 - Total Geral (R\$)		595 - Data	
596 - Hora Inicial a 597 - Hora Final		598 - Seq. Ref.		599 - Gr. Part.	
600 - Código na Operadora/CPF		601 - Nome do Profissional		602 - Conselho Profissional	
603 - Número no Conselho		604 - UF		605 - Código CBO	
606 - Data de Realização de Procedimentos em Série		607 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		608 - Observação / Justificativa	
609 - Total Procedimentos (R\$)		610 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		611 - Total Materiais (R\$)	
612 - Total de OPME (R\$)		613 - Total Medicamentos (R\$)		614 - Total Gases Medicinais R\$	
615 - Total Geral (R\$)		616 - Assinatura do Responsável pela Autorização		617 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Copyright © 1999

5001890
563

CLUBE DE BENEFÍCIOS

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO ALIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SISAUDI

2. 1ª Data de Prescrição: 5001890 - Campos Clube

5001890

563

1. Registro AIMS	5. Nº Guia Principal	13. Código no Operadora	14. Nome do Contratado	15. Nome do Profissional Solicitante	16. Nome do Contratado	17. Nome do Profissional	18. UF	19. Código CBO	20. Assinatura do Profissional Solicitante	21. Assinatura do Contratado
4. Data de Anúncio	6. Sexo	11. Validade da Carteira	12. Nome do Contratado	13. Nome do Profissional	14. Nome do Contratado	15. Nome do Profissional	16. UF	17. Código CBO	18. Assinatura do Profissional Solicitante	19. Assinatura do Contratado
7. Número da Carteira	8. Data de Nascimento	9. Nome do Contratado	10. Nome do Profissional	11. Nome do Profissional	12. Nome do Profissional	13. Nome do Profissional	14. UF	15. Código CBO	16. Assinatura do Profissional Solicitante	17. Assinatura do Contratado
10. Nome do Contratado	11. Nome do Profissional	12. Nome do Profissional	13. Nome do Profissional	14. Nome do Profissional	15. Nome do Profissional	16. Nome do Profissional	17. UF	18. Código CBO	19. Assinatura do Profissional Solicitante	20. Assinatura do Contratado
17. Nome do Contratado	18. Nome do Profissional	19. Nome do Profissional	20. Nome do Profissional	21. Nome do Profissional	22. Nome do Profissional	23. Nome do Profissional	24. UF	25. Código CBO	26. Assinatura do Profissional Solicitante	27. Assinatura do Contratado
24. Nome do Contratado	25. Nome do Profissional	26. Nome do Profissional	27. Nome do Profissional	28. Nome do Profissional	29. Nome do Profissional	30. Nome do Profissional	31. UF	32. Código CBO	33. Assinatura do Profissional Solicitante	34. Assinatura do Contratado
31. Nome do Contratado	32. Nome do Profissional	33. Nome do Profissional	34. Nome do Profissional	35. Nome do Profissional	36. Nome do Profissional	37. Nome do Profissional	38. UF	39. Código CBO	40. Assinatura do Profissional Solicitante	41. Assinatura do Contratado
38. Nome do Contratado	39. Nome do Profissional	40. Nome do Profissional	41. Nome do Profissional	42. Nome do Profissional	43. Nome do Profissional	44. Nome do Profissional	45. UF	46. Código CBO	47. Assinatura do Profissional Solicitante	48. Assinatura do Contratado
45. Nome do Contratado	46. Nome do Profissional	47. Nome do Profissional	48. Nome do Profissional	49. Nome do Profissional	50. Nome do Profissional	51. Nome do Profissional	52. UF	53. Código CBO	54. Assinatura do Profissional Solicitante	55. Assinatura do Contratado
52. Nome do Contratado	53. Nome do Profissional	54. Nome do Profissional	55. Nome do Profissional	56. Nome do Profissional	57. Nome do Profissional	58. Nome do Profissional	59. UF	60. Código CBO	61. Assinatura do Profissional Solicitante	62. Assinatura do Contratado
59. Nome do Contratado	60. Nome do Profissional	61. Nome do Profissional	62. Nome do Profissional	63. Nome do Profissional	64. Nome do Profissional	65. Nome do Profissional	66. UF	67. Código CBO	68. Assinatura do Profissional Solicitante	69. Assinatura do Contratado
66. Nome do Contratado	67. Nome do Profissional	68. Nome do Profissional	69. Nome do Profissional	70. Nome do Profissional	71. Nome do Profissional	72. Nome do Profissional	73. UF	74. Código CBO	75. Assinatura do Profissional Solicitante	76. Assinatura do Contratado
73. Nome do Contratado	74. Nome do Profissional	75. Nome do Profissional	76. Nome do Profissional	77. Nome do Profissional	78. Nome do Profissional	79. Nome do Profissional	80. UF	81. Código CBO	82. Assinatura do Profissional Solicitante	83. Assinatura do Contratado
80. Nome do Contratado	81. Nome do Profissional	82. Nome do Profissional	83. Nome do Profissional	84. Nome do Profissional	85. Nome do Profissional	86. Nome do Profissional	87. UF	88. Código CBO	89. Assinatura do Profissional Solicitante	90. Assinatura do Contratado
87. Nome do Contratado	88. Nome do Profissional	89. Nome do Profissional	90. Nome do Profissional	91. Nome do Profissional	92. Nome do Profissional	93. Nome do Profissional	94. UF	95. Código CBO	96. Assinatura do Profissional Solicitante	97. Assinatura do Contratado
94. Nome do Contratado	95. Nome do Profissional	96. Nome do Profissional	97. Nome do Profissional	98. Nome do Profissional	99. Nome do Profissional	100. Nome do Profissional	101. UF	102. Código CBO	103. Assinatura do Profissional Solicitante	104. Assinatura do Contratado
101. Nome do Contratado	102. Nome do Profissional	103. Nome do Profissional	104. Nome do Profissional	105. Nome do Profissional	106. Nome do Profissional	107. Nome do Profissional	108. UF	109. Código CBO	110. Assinatura do Profissional Solicitante	111. Assinatura do Contratado
108. Nome do Contratado	109. Nome do Profissional	110. Nome do Profissional	111. Nome do Profissional	112. Nome do Profissional	113. Nome do Profissional	114. Nome do Profissional	115. UF	116. Código CBO	117. Assinatura do Profissional Solicitante	118. Assinatura do Contratado
115. Nome do Contratado	116. Nome do Profissional	117. Nome do Profissional	118. Nome do Profissional	119. Nome do Profissional	120. Nome do Profissional	121. Nome do Profissional	122. UF	123. Código CBO	124. Assinatura do Profissional Solicitante	125. Assinatura do Contratado
122. Nome do Contratado	123. Nome do Profissional	124. Nome do Profissional	125. Nome do Profissional	126. Nome do Profissional	127. Nome do Profissional	128. Nome do Profissional	129. UF	130. Código CBO	131. Assinatura do Profissional Solicitante	132. Assinatura do Contratado
129. Nome do Contratado	130. Nome do Profissional	131. Nome do Profissional	132. Nome do Profissional	133. Nome do Profissional	134. Nome do Profissional	135. Nome do Profissional	136. UF	137. Código CBO	138. Assinatura do Profissional Solicitante	139. Assinatura do Contratado
136. Nome do Contratado	137. Nome do Profissional	138. Nome do Profissional	139. Nome do Profissional	140. Nome do Profissional	141. Nome do Profissional	142. Nome do Profissional	143. UF	144. Código CBO	145. Assinatura do Profissional Solicitante	146. Assinatura do Contratado
143. Nome do Contratado	144. Nome do Profissional	145. Nome do Profissional	146. Nome do Profissional	147. Nome do Profissional	148. Nome do Profissional	149. Nome do Profissional	150. UF	151. Código CBO	152. Assinatura do Profissional Solicitante	153. Assinatura do Contratado
150. Nome do Contratado	151. Nome do Profissional	152. Nome do Profissional	153. Nome do Profissional	154. Nome do Profissional	155. Nome do Profissional	156. Nome do Profissional	157. UF	158. Código CBO	159. Assinatura do Profissional Solicitante	160. Assinatura do Contratado
157. Nome do Contratado	158. Nome do Profissional	159. Nome do Profissional	160. Nome do Profissional	161. Nome do Profissional	162. Nome do Profissional	163. Nome do Profissional	164. UF	165. Código CBO	166. Assinatura do Profissional Solicitante	167. Assinatura do Contratado
164. Nome do Contratado	165. Nome do Profissional	166. Nome do Profissional	167. Nome do Profissional	168. Nome do Profissional	169. Nome do Profissional	170. Nome do Profissional	171. UF	172. Código CBO	173. Assinatura do Profissional Solicitante	174. Assinatura do Contratado
171. Nome do Contratado	172. Nome do Profissional	173. Nome do Profissional	174. Nome do Profissional	175. Nome do Profissional						

**PREFEITURA DE TUBARÃO**
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0784644

NÚMERO RPS

0806757

DATA DE EMISSÃO NOTA

30/05/2025 17:07:19

DATA DO FATO GERADOR

30/05/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA			
	ENDEREÇO AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC, 88705001					COMPLEMENTO
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL nf@complexoprovida.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde				
ENDEREÇO Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS				COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ 15.116.763/0003-31	INSC. MUNICIPAL NÃO POSSUI	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 4836311500	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	250,00	250,00

OBSERVAÇÕES

Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 4981059								TOTAL GERAL 250,00	
RETIDO NÃO	INSS 0,00	PIS/PASEP 0,00	COFINS 0,00	IR 0,00	CSLL 0,00	ALÍQUOTA ISS 2,5000 %	BASE DE CÁLCULO 250,00	TOTAL ISS 6,25	VALOR LÍQUIDO 250,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.**DESCONTOS / DEDUÇÕES**

DESC. CONDICIONADO R\$ 0,00	DESC. INCONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00
---------------------------------------	---	--

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC
---	--	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 563f9e5047d71a4d5c2ebc5c1937d33f**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0784644**._____/_____/_____
Data do Recebimento_____
Identificação e assinatura do recebedor

**PREFEITURA DE TUBARÃO**
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0784653

NÚMERO RPS

0806767

DATA DE EMISSÃO NOTA

30/05/2025 17:07:26

DATA DO FATO GERADOR

30/05/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA			
	ENDEREÇO AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC, 88705001					COMPLEMENTO
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL nf@complexoprovinda.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde					
ENDEREÇO Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS					COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ 15.116.763/0003-31		INSC. MUNICIPAL NÃO POSSUI	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 4836311500	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	80,00	80,00

OBSERVAÇÕES

Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 4981097

TOTAL GERAL
80,00

RETIDO	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	80,00	2,00	80,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.**DESCONTOS / DEDUÇÕES**

DESC. CONDICIONADO R\$ 0,00	DESC. INCONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00
---------------------------------------	---	--

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC
--	---	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 7ce20ba1508b16233b395e6d5bb15af6**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de nº **0784653**.

Data do Recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

 PREFEITURA DE TUBARÃO SECRETARIA DA FAZENDA	NOTA FISCAL 0784695	
	NÚMERO RPS 0806810	
	DATA DE EMISSÃO NOTA 30/05/2025 17:07:54	
	DATA DO FATO GERADOR 30/05/2025	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA				
	ENDEREÇO AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001						COMPLEMENTO
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL nf@complexoprovida.com	

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde					
ENDEREÇO Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO , CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS					COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ 15.116.763/0003-13		INSC. MUNICIPAL NÃO POSSUI	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 4836311500	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	160,00	160,00

OBSERVAÇÕES Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 4981200										TOTAL GERAL 160,00			
IMPOSTOS FEDERAIS											IMPOSTOS MUNICIPAIS		VALOR LÍQUIDO 160,00
RETIDO NÃO	INSS 0,00	PIS/PASEP 0,00	COFINS 0,00	IR 0,00	CSLL 0,00	ALÍQUOTA ISS 2,5000 %	BASE DE CÁLCULO 160,00	TOTAL ISS 4,00					
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.													

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO R\$ 0,00	DESC. INCONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00
---------------------------------------	---	--

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC
---	--	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - **985a533cabcb71fbb548a36ba18cfc6**
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de nú 0784695 .	
_____/_____/_____ Data do Recebimento	_____ Identificação e assinatura do recebedor

ISABELLY MARTINS DE SOUZA
Data de Nascimento: 10/06/2017

USO ORAL

1 - PROFENID GOTAS ----- 1 FR
TO MAR 25 GOTAS DE 8/8 HORAS

Dr. Rodrigo M. de Oliveira
Otorrinolaringologista
CRM 13.783-1/2017-2553

RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA
CRM 8833

TUBARÃO, 30 de maio de 2025.

Dr. Nei Eugênio
CRM-SC 4.3871/POE 10386



www.complexoprovída.com
Av. Marcelino Martins Cabral, 2075 | Tubarão/SC | 88705-001

@complexoprovída



VITOFARMA
VITOFARMA COM. DE MED. LTDA.
CNPJ: 04.930.687/0001-15 IE: 254359841
AV. MARCOLINO M. CABRAL, 2089, CENTRO,
TUBARÃO-SC
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Cód. Descrição	Qtd.	Un.	VI. Unit.	VI. Desc. (%)	Total
19480 CETOPROFENO GOTAS 20ML	1	UN	24,67	(20,0%)	18,00
Ord. total de itens					1
Valor total R\$					24,67
Desconto R\$					6,67
Valor a pagar R\$					18,00
FORMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$					18,00
Cartão de Débito					18,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://sat.sef.sc.gov.br/fce/consulta>

4225 0504 9306 8700 0115 6500 1000 0023 8518 8888 8898
CONSUMIDOR CNPJ:
15.116.783/0003-31
INSTITUICAO ADVEN SUL
BRASILEIRA DE SAUD
NFC-e nº 2385 Série 1
30/05/2025 17:32:06 Via
Consumidor
Protocolo de autorização:
242250728812577
Data de autorização: 30/05/2025
17:30:46



CLIENTE: INSTITUICAO ADVEN SUL BRASILEIRA DE SAUD
VENDEDOR: S - PAULA FRECCIA
Parabéns! Você Economizou R\$ 6,67
Endereço tele-entrega:
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
R\$2,42 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
NUM. CONTROLE: 556723

COMPLEXO MÉDICO



Atesto que a ISABELLY MARTINS DE SOUZA (CPF: 13398310907) foi atendido nesta data, necessitando afastar-se DAS ATIVIDADES FÍSICAS por 30 (Trinta) dia(s) a partir desta data.

Solicito e autorizo a divulgação do número do C.I.D neste documento.

ISABELLY MARTINS DE SOUZA

C.I.D: S525

Tubarão - SC, 30 de maio de 2025

Dr. Rodrigo M. de Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM/SC 8833-TEST 9273

Dr. RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA (CRM 8833)

Dr. Nel Euclides Fava
Diretor Técnico
CRM-SC 4.382 | RQE 10.396



www.complexoprovda.com
Av. Marcolino Martins Cabral, 2075 | Tubarão/SC | 88705-001

Facebook Instagram YouTube
@complexoprovda



**PREFEITURA DE TUBARÃO**
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0787580

NÚMERO RPS

0809732

DATA DE EMISSÃO NOTA

06/06/2025 17:37:33

DATA DO FATO GERADOR

06/06/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR		NOME FANTASIA PRESTADOR				
	COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		COMPLEXO MEDICO PROVIDA				
	ENDEREÇO		COMPLEMENTO				
AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC, 88705001							
Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL		
80.490.618/0001-16	NÃO	21560		48-3631-150	nf@complexoprovida.com		

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR				
Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde				
ENDEREÇO	COMPLEMENTO			
Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS				
Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
15.116.763/0003-31	NÃO POSSUI		4836311500	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	80,00	80,00

OBSERVAÇÕES

Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 4991242

TOTAL GERAL

80,00

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	80,00	2,00	80,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO

LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - ba1e35323fc9b0e885be8d4bd004cda**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0787580**._____/_____/_____
Data do Recebimento_____
Identificação e assinatura do receptor



PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0790552

NÚMERO RPS

0812736

DATA DE EMISSÃO NOTA

13/06/2025 17:18:00

DATA DO FATO GERADOR

13/06/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA			
	ENDEREÇO AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC, 88705001					COMPLEMENTO
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL nf@complexoprovida.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde					
ENDEREÇO Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS					COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ 15.116.763/0003-31		INSC. MUNICIPAL NÃO POSSUI	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 4836311500	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	80,00	80,00

OBSERVAÇÕES

Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 5001772

TOTAL GERAL
80,00

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	80,00	2,00	80,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO

LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO R\$ 0,00	DESC. INCONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00
---------------------------------------	---	--

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC
---	--	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 0353875acf4eca9cbe33dbc3ce299aeb**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0790552**._____
Data do Recebimento_____
Identificação e assinatura do recebedor

25/06/2025, 09:47

NFSe - TUBARÃO



PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0790595

NÚMERO RPS

0812782

DATA DE EMISSÃO NOTA

13/06/2025 17:18:33

DATA DO FATO GERADOR

13/06/2025



PRESTADOR DE SERVIÇOS

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR		NOME FANTASIA PRESTADOR				
	COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A		COMPLEXO MEDICO PROVIDA				
	ENDEREÇO					COMPLEMENTO	
AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001							
Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL		
80.490.618/0001-16	NÃO	21560		48-3631-150	nf@complexoprovida.com		

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR				
Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde				
ENDEREÇO				
Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO , CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS				
COMPLEMENTO				
Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
15.116.763/0003-31	NÃO POSSUI		4836311500	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	80,00	80,00

OBSERVAÇÕES										TOTAL GERAL			
Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 5001986										80,00			
IMPOSTOS FEDERAIS											IMPOSTOS MUNICIPAIS		VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS					
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	80,00	2,00	80,00				

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO

LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - a059dfbcbf63e2a3e33609f3763ae2f5

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de nú **0790595**.

_____/_____/_____
Data do Recebimento

Identificação e assinatura do receptor

COMPLEXO MÉDICO



RECEITA

ISABELLY MARTINS DE SOUZA

Data de Nascimento: 10/06/2017

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE ISABELLY MARTINS DE SOUZA (CPF 133.983.109-07) FOI ATENDIDA POR MIM NO COMPLEXO MÉDICO PROVIDA NO DIA 30/05/25 ÀS 15:20H RELATANDO QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA NA ESCOLA COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO. FOI REALIZADA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO SENDO DIAGNOSTICADA FRATURA DE PUNHO DIREITO SENDO INDICADO TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TIPÓIA.

PACIENTE REALIZOU RETORNO DE CONSULTA EM 06/06/25 PARA REALIZAR RX DE PUNHO DIREITO PARA CONTROLE DA POSIÇÃO DA FRATURA. EM 13/06/25 REALIZOU NOVO RETORNO PARA REALIZAR NOVA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO PARA CONTROLE E ACOMPANHAMENTO.

DEVERÁ REALIZAR RETORNO DENTRO DE 2 SEMANAS A PARTIR DESTA DATA PARA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO PARA AVALIAR CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA.

Dr. Rodrigo M. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8833 - FORT 9573

RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA
CRM 8833

TUBARÃO, 13 de junho de 2025.

Dr. Nei Euclides Fava
Diretor Técnico
CRM-SC 4.382 | RQE 10.396



www.complexoprovinda.com
Av. Marcolino Martins Cabral, 2075 | Tubarão/SC | 88705-001

  
@complexoprovinda

SAC



**PREFEITURA DE TUBARÃO**
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL

0795577

NÚMERO RPS

0817835

DATA DE EMISSÃO NOTA

27/06/2025 17:38:46

DATA DO FATO GERADOR

27/06/2025

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A				NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA			
	ENDEREÇO AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001							COMPLEMENTO
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL nf@complexoprovida.com		

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR								
Instituição Adventista Sul Brasileira De Saúde								
ENDEREÇO								COMPLEMENTO
Rua Matias José Bins, 581 Três Figueiras, Nº 0, CENTRO, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS								
Nº CPF/CNPJ				INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL	
15.116.763/0003-31				NÃO POSSUI		4836311500		

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1,00	Servicos hospitalares prestados	80,00	80,00

OBSERVAÇÕES

Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA D.N.: 10/06/2017 CPF: 13398310907 Atendimento: 5020466

TOTAL GERAL

80,00

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	80,00	2,00	80,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO

LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (R\$)
R\$ 0,00	R\$ 0,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
Tributado no Município	ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	TUBARÃO - SC

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.c**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 422c5000411048cc304a1baba68d2590**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 1527259b3ef5845a1a312da360196f90

Recebi(emos) de **COMPLEXO MEDICO PROVIDA S/A** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de ser **0795577**._____/_____/_____
Data do Recebimento_____
Identificação e assinatura do receptor

Ficha: 388901	Nome Paciente: ISABELLY MARTINS DE SOUZA	Dt. Nascimento: 10/06/2017	Dt. 30/05/2025
Solicitação: 7692579	Convênio: CLUBE DE BENEFICIOS	Médico RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA	CRM: 8833

As imagens deste exame estão disponíveis para consulta no site www.complexoprovinda.com
Protocolo: 12394847938 Senha 388901

RX DO PUNHO DIREITO (AP / PERFIL)

Fratura incompleta ("em galho verde") no rádio distal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas significativas.



Dr. Munio Gomes Silvério
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM 16740-SC / RQE 11646

Ficha:	Nome Paciente:	Dt. Nascimento:	Dt.
388901	ISABELLY MARTINS DE SOUZA	10/06/2017	06/06/2025
Solicitação:	Convênio:	Médico	CRM:
7714232	CLUBE DE BENEFICIOS	RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA	8833

As imagens deste exame estão disponíveis para consulta no site www.complexoprovinda.com
Protocolo: 12394861159 Senha 388901

RX DO PUNHO DIREITO (AP / PERFIL)

Fratura incompleta "em galho verde" no rádio distal, sem desalinhamentos.

Relações articulares anatômicas.

Aumento de volume das partes moles.



Dr. Munio Gomes Silvério
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM 16740-SC / RQE 11645

Ficha:	388901	Nome Paciente:	ISABELLY MARTINS DE SOUZA	Dt. Nascimento:	10/06/2017	Dt.	13/06/2025
Solicitação:	7736051	Convênio:	CLUBE DE BENEFICIOS	Médico	RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA	CRM:	8833

As imagens deste exame estão disponíveis para consulta no site www.complexoprovida.com
Protocolo: 12394874094 Senha 388901

RX DO PUNHO DIREITO (AP / PERFIL)

Controle radiológico.

Fratura alinhada em consolidação do rádio distal.

Relações articulares anatômicas.

Exame realizado sob imobilização gessada.



Dr. Munio Gomes Silvério
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM 16740-SC / RQE 11646

Ficha:	Nome Paciente:	Dt. Nascimento:	Dt.
388901	ISABELLY MARTINS DE SOUZA	10/06/2017	27/06/2025
Solicitação:	Convênio:	Médico	CRM:
7776715	CLUBE DE BENEFÍCIOS	RODRIGO MENEZES DE OLIVEIRA	8833

As imagens deste exame estão disponíveis para consulta no site www.complexoprovinda.com
Protocolo: 12394897156 Senha 388901

RX DO PUNHO DIREITO (AP / PERFIL)

Exame de controle radiológico.

Fratura consolidada no rádio distal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas significativas.



Dr. Munilo Gomes Silvério
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM 16740-SC / RQE 11646

Eu Claudia da Silveira Martins, responsável pela menor Isabelly Martins de Souza, enviar as notas fiscais, raio x, atestado e guias de solicitações de exames para que seja feito o reembolso dos gastos que tive com o tratamento da Isabelly. A mesma retirou o gesso no dia 27/06/2025, continua em observação e com alguns cuidados e caso necessário ela retorna ao médico no período de trinta dias a contar do dia 27. Caso eu venha ter mais gastos referente ao tratamento dela eu estarei enviando. Qualquer duvida estou a disposição. Meu contato 48 999687015.

Segue pix para que seja realizado o reembolso

02976936978 CPF

Claudia da Silveira Martins

Bradesco