



**NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**  
Prefeitura de Santo Ângelo - Secretaria Municipal da Fazenda

Número da Nota  
**18103**  
Data e Hora de Emissão  
**08/05/2024 20:03:30**  
Código de Verificação  
**C6B9-18VJ-F46L**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome Fantasia: **Hospital Regional Unimed Missoes** Insc. Municipal: **36355**  
CNPJ/ CPF: **87.701.249/0003-74** Município: **Santo Angelo**  
Endereço: **Rio Grande do Sul 1133, Avanco - CEP: 98801029** UF: **RS**  
Nome/ Razão Social: **UNIMED MISSOES/RS- COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome ou Razão social: **Instituicao Adventista Sul Brasileira de Saude** Telefone:  
CPF/CNPJ: **15.116.763/0003-31** Inscrição **Não informado**  
Endereço: **Matias Jose Bins, 581, Tres Figueiras** CEP: **91330290**  
Município/UF: **PORTO ALEGRE / RS** E-mail: **Não informado**

Serviços Hospitalares - Data Vencimento: 08/05/24 - Valor Líquido da Nota Fiscal: R\$ 81,00  
Serviços de Diagnósticos por Imagem - Data Vencimento: 08/05/24 - Valor Líquido da Nota Fiscal: R\$ 347,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 428,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Código do Serviço  
**4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e substitui o RPS N° 18414 Série RPSH, emitido em 08/05/24.



**NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**  
Prefeitura de Santo Ângelo - Secretaria Municipal da Fazenda

Número da Nota  
**18102**  
Data e Hora de Emissão  
**08/05/2024 20:00:59**  
Código de Verificação  
**9GN0-TWL6-V2Z6**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome Fantasia: **Hospital Regional Unimed Missoes** Insc. Municipal: **36355**  
CNPJ/ CPF: **87.701.249/0003-74** Município: **Santo Angelo**  
Endereço: **Rio Grande do Sul 1133, Avanco - CEP: 98801029** UF: **RS**  
Nome/ Razão Social: **UNIMED MISSOES/RS- COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome ou Razão social: **Instituicao Adventista Sul Brasileira de Saude** Telefone:  
CPF/CNPJ: **15.116.763/0003-31** Inscrição **Não informado**  
Endereço: **Matias Jose Bins, 581, Tres Figueiras** CEP: **91330290**  
Município/UF: **PORTO ALEGRE / RS** E-mail: **Não informado**

Honorários Médicos - Data Vencimento: 08/05/24 - Valor Líquido da Nota Fiscal: R\$ 300,00

**VALOR TOTAL DA NOTA =R\$ 300,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Código do Serviço  
**4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e substitui o RPS N° 18402 Série RPS, emitido em 08/05/24.