



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº. 8996882, Série: A, emitido em 02/01/2017, conversão em 02/01/2017

Número da Nota	8995478
Data e Hora de Emissão	02/01/2017 00:00:00
Código de Verificação	9QXF300A

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
Unimed **CPF / CNPJ:** 75.055.772/0001-20 **Inscrição Municipal:** 04 22 0223930-3
Endereço: AFFONSO PENNA, 000297 - BAIRRO: TARUMÁ - CEP: 82530280
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** lenita@unimedcuritiba.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL
CPF / CNPJ: 01.645.691/0001-43 **IMU:** **Outro Doc.:**
Endereço: RUA SILVESTRE JAREK, 120 - BAIRRO: CENTRO - CEP: 83535000
Município: Campo Magro **UF:** PR **Email:** CAMARAMUNICIPALCAMPOMAGRO@GMAILCOM

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

MENSALIDADE- AMBULATORIAL+HOSPITALAR C/OSBTETRICIA R\$ 2.875,35
 PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA EVENTOS COOPERADOS LOCAL R\$ 167,98
 PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA EVENTOS REDE CREDENCIADA R\$ 15,04

Dedução Base Calculado ISS, conforme Processo nº 01-141282/2010 da Prefeitura Municipal de Curitiba
 Lei 12741/12 - Tributos Federais 0,90% e Tributos Municipais 0,42
 Base cálculo IRRF (Lei 8541/92, Lei 8981/95 art 64) - Cód DIRF 3280 - R\$ 167,98

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 3.058,37

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.058,37

Código da Atividade

04 - 23 - Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do beneficiário.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
2.316,72	741,65	2,00	14,83	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009
 Esta NFS-e não gera crédito, pois o Tomador de Serviços, Pessoa Jurídica, está localizado fora do município de CURITIBA.

Declaramos que recebemos
 os materiais e/ou serviços
 constantes neste documento.

 COMISSÃO DE RECEBIMENTO DE BENS



DEMONSTRATIVO DE FATURAMENTO
CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL

Competência: 01/2017
CNPJ: 01.645.691/0001-43

Endereço: RUA SILVESTRE JAREK, 120
Bairro: CENTRO
CEP: 83535-000 - CAMPO MAGRO - (PR)
Tel: (41) 3677-1253 Tel2: (-) - Tel. Cel.: (-)

Pág:1

FATURAS RPS: 8996882 DOCUMENTO: 34368500

Fatura	Emissão	Vencimento	Valor Bruto	Observação	Lotação
135659675	02/01/2017	25/01/2017	3.058,37	GRUPO FAMILIAR 124886.6 MÊS 1/2017	0

Total de Faturas: 3.058,37

RESUMO DO FATURAMENTO

	Valor
Mensalidade	2.875,35
Participação Financeira	183,02
Total do Faturamento:	3.058,37

Contrato: 124886 Contratante: CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL Plano: 115
Lotação: 0 - CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL

Familia: 3 Responsável: ARATRON BEENO ERDEMAN Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347004 Nome: ARATRON BEENO ERDEMAN

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	40	15	0	227,32	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	227,32		

Mensalidade: 227,32 Inscrição: 0,00 Eventos: 0,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto: 0,00
Total Família: 227,32

Familia: 2 Responsável: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007346993 Nome: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	37	15	0	198,00	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	198,00		

BENEFICIÁRIO: 0032000007347000 Nome: HELLEN VITORIA CASPREK

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	1	15	0	120,37	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	120,37		

BENEFICIÁRIO: 0032000007346996 Nome: HENRIQUE CASPREK

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	7	15	0	120,37	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	120,37		

Mensalidade: 438,74 Inscrição: 0,00 Eventos: 0,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto: 0,00
Total Família: 438,74

Familia: 4 Responsável: CIRLENE ANDREICZUK Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347006 Nome: CIRLENE ANDREICZUK

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	T	46	15	0	316,97	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	316,97		

BENEFICIÁRIO: 0032000007347007 Nome: KELVIN MICHEL DOS SANTOS

Módulo NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	22	15	0	138,28	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	138,28		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E	4.03.01397	EXA	10222641	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A.	30/11/2016	1,00			0,61	0,00
PERFIL LIPÍDICO / LIPIDOGRAMA	4.03.02750	EXA	10222641	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A.	30/11/2016	1,00			2,84	0,00
TEMPO DE PROTROMBINA -	4.03.04590	EXA	10222641	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A.	30/11/2016	1,00			0,61	0,00
TRANSAMINASE OXALACÉTICA (AMINO	4.03.02504	EXA	10222641	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A.	30/11/2016	1,00			0,57	0,00
TRANSAMINASE PIRÚVICA (AMINO	4.03.02512	EXA	10222641	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A.	30/11/2016	1,00			0,57	0,00
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO	1.01.01012	CON	10052858	MICHELLE REITZ DO VALLE GAMEIRO	02/12/2016	1,00			16,00	16,00
Total Eventos:									21,20	16,00

Mensalidade: 455,25 Inscrição: 0,00 Eventos: 21,20 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto: 0,00
Total Família: 476,45

Familia: 8 Responsável: JULIANA SANTOS Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347016 Nome: JULIANA SANTOS

Módulo

Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
31	D	22	15	0	138,28	NÃO	NÃO
Total Módulos:				0,00	138,28		

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO	1.01.01012	CON	10003497	ADRIANA GORSKI BREDOW	01/12/2016	1,00			16,00	16,00

Total Eventos:

16,00 16,00

Mensalidade : 138,28 Inscrição : 0,00 Eventos : 16,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 154,28

Família: 14

Responsável: MAYARA DOS REIS BARROS

Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007421819 Nome: DAVID MIGUEL BARROS DOS REIS

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	D	1	8	0	120,37	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	120,37	

BENEFICIÁRIO: 0032000007420873

Nome: MAYARA DOS REIS BARROS

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	20	8	0	138,28	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	138,28	

Mensalidade : 258,65 Inscrição : 0,00 Eventos : 0,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 258,65

Família: 10

Responsável: OZIEL ALVES DA LUZ

Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347020 Nome: OZIEL ALVES DA LUZ

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	32	15	0	188,57	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	188,57	

Mensalidade : 188,57 Inscrição : 0,00 Eventos : 0,00 Acerto Mens.: 0,00 Mov. Acerto : 0,00
Total Família: 188,57

Família: 11

Responsável: REINALDO NOEL RUY

Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347030 Nome: MARIA FERNANDA CAROBA RUY

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	D	14	15	0	120,37	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	120,37	

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU	3.07.17094	CIR	9810751	LEONARDO OLIVEIRA NOBRE	01/11/2016	1,00			15,52	15,52
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU	4.09.01386	EXA	9905872	PAULO ROBERTO FONTINELLI	10/11/2016	1,00			31,80	31,80
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	9925831	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	29/11/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	9970167	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	30/11/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10042579	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	02/12/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10085775	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	05/12/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10120921	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	06/12/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10194809	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	07/12/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10236470	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	08/12/2016	1,00			1,23	0,00
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM	2.01.03484	TER	10307493	REABILITHARE CENTRO FISIOT LTDA	12/12/2016	1,00			1,23	0,00

Total Eventos:

57,16 47,32

BENEFICIÁRIO: 0032000007347022

Nome: REINALDO NOEL RUY

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	42	15	0	227,32	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	227,32	

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU	4.09.01386	EXA	9905818	PAULO ROBERTO FONTINELLI	09/11/2016	1,00			31,80	31,80
ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12	4.01.01010	EXA	9905818	PAULO ROBERTO FONTINELLI	09/11/2016	1,00			4,53	4,53

Total Eventos:

36,33 36,33

BENEFICIÁRIO: 0032000007347023

Nome: VANILDA CAROBA DA SILVA RUY

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	D	41	15	0	227,32	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	227,32	

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU	4.09.01386	EXA	9905927	PAULO ROBERTO FONTINELLI	10/11/2016	1,00			31,80	31,80
ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12	4.01.01010	EXA	9905927	PAULO ROBERTO FONTINELLI	10/11/2016	1,00			4,53	4,53

Total Eventos:

36,33 36,33

BENEFICIÁRIO: 0032000007347025

Nome: YARA APARECIDA CAROBA RUY

Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	Vi.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	D	22	15	0	138,28	NÃO	NÃO
					Total Módulos:	0,00	138,28	

Mensalidade :	713,29	Inscrição :	0,00	Eventos :	129,82	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	843,11								

Família: 1 Responsável: ROBERTO DE PAULA Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007346988	Nome: ROBERTO DE PAULA								
Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão	
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	45	15	0	316,97	NÃO	NÃO	
Total Módulos:					0,00	316,97			

Mensalidade :	316,97	Inscrição :	0,00	Eventos :	0,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	316,97								

Família: 7 Responsável: SOLANGE BERNASKI Matrícula Funcional:

BENEFICIÁRIO: 0032000007347015	Nome: SOLANGE BERNASKI								
Módulo	Dias	D/T	Idade	Parcela	Valor.Insc.	VI.Mensalidade	Mudou.Fx.	Inclusão	
NR PJ FLEX AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPACAO 1	31	T	23	15	0	138,28	NÃO	NÃO	
Total Módulos:					0,00	138,28			

Eventos

Descrição	Evento	Grau	Guia	Executor	Data	Qtd.	VE	UI	Valor Total	INSS Base
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO	1.01.01012	CON	10282950	MARIANA MARTINS BARDOU ZUNINO	10/12/2016	1,00			16,00	16,00
Total Eventos:									16,00	16,00

Mensalidade :	138,28	Inscrição :	0,00	Eventos :	16,00	Acerto Mens.:	0,00	Mov. Acerto :	0,00
Total Família:	154,28								

Resumo do Faturamento por Lotação

Dep/Tit	Nro. Insc.	Valor Inscrição	Valor Mensalidade	Qtde Benef
DEP	0	0,00	985,36	7
TIT	0	0,00	1.889,99	9
Total Lotação		Módulos : 2.875,35	Eventos : 183,02	

EVENTOS POR TIPO DE GRAU

Tipo Grau	Qtd.Eventos	Valor Total
Cirurgião	1	15,52
Consulta	3	48,00
Exame	10	109,66
Terapia	8	9,84
Total:		183,02

BENEFICIÁRIOS EXCLUIDOS NO PERÍODO ANTERIOR

Beneficiário	Nome	Excluído em
0032000007347013	TELMO DENILSON BASSO	31/12/2016
0032000007347017	JEAN FANDERUFF	31/12/2016
0032000007347231	SIMONE FERREIRA DA SILVA	31/12/2016
0032000007421461	ELKLYS GOMES FERREIRA DE PAULA	31/12/2016