

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número 15.011 Código verificação 7D3-139-728 Emitido em 13/11/2020 17:53:02			
RPS Nº 14955 Série F de 13/11/2020 Lote 37664				
Prestador de Serviços CNPJ: 23.876.304/0001-12 Inscrição Municipal: 191342 Razão Social: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A Nome Fantasia: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A Endereço: AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04 Município: MARINGÁ - PR Email: contabilidade@santantasaude.com.br				
 CEP: 87.015-020 Fone: (44) 3041-7312				
Tomador de Serviços CNPJ: 15.116.763/0004-12 Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Endereço: JULIO DA COSTA, 1447, Bigorimilho Município: CURITIBA - PR Email: jadertinelli@clinicaadventista.org.br				
CEP: 80.730-070 Fone: (04) 13240-2935				
Discriminação dos Serviços CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 ISS 2.00 R 2.00 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00				
Valor Total da NFS-e R\$ 100,00				
Item da Lista de Serviços 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.				
Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	100,00	2,00	2,00
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	100,00	11/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR
Outras Informações				
Consulte a autenticidade deste documento em https://ecity.maringa.pr.gov.br				

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE: 3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 14955
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 13/11/2020 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA, 1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J.: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	100,00	100,00
		ISS 2.00 R 2.00 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	100,00	
			TOTAL DO RPS =>	100,00

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~AR~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14955

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **82134** Competência: **11/2020**

Entrega: 13/11/2020

82134

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal 14955 Série: F

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
25/09/2020	25/09/2020	2158001		3328572	6209978	JANAINA BARBOSA OLIVEIRA CLINICA DE ESPECIA	100,00

Total : 1

100,00

Total Geral : 1

100,00

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6209978000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/11/2020		5 - Setor 2158001	
6 - Data de Validade da Sentença 13/11/2020		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2158001	
8 - Número da Carteira 1141168		9 - Validade da Carteira 31/12/2021	
10 - Nome JANAINA BARBOSA OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código da Operadora 23876304000112			
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 13/11/2020	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 23876304000112			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código CNES 9365230			
32 - Tipo Atendimento 04			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/09/2020 15:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00			
48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 28684 41 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Sdite 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 100.00		66 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
68 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			

CLAC

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 6209978

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1141168

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JANAINA BARBOSA OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
2387630400011214 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A15 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
2868418 - UF
4119 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
122 - Data da Solicitação
25/09/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
125 - Código do Procedimento
1010103926 - Descrição
Consulta em pronto socorro

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15294

27 - Ql. Solic.
128 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Excusante

29 - Código na Operadora
2387630400011230 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
relacionada

33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlto.
43 - Via
44 - Tec.45 - % Red. / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.
49 - Gg. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
JANAINA BARBOSA OLIVEIRA

Impresso por: JUCOGACA

Data/Hora: 25/09/2020 15:22:14

Central/Doc: 6209978

Atendimento: 6209978

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Janaina Barbosa Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.1168
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 20/09/2001

Nº da Guia: 2158.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/09/2020	08:06:00	Escada	pulando

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna interna estava indo para academia, quando ao descer da escada(pulando) torceu o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rebeca	(62) 98149-4185

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thainá	16/09/2020

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 // TEOT 15284

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HSR - Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido do médico, no dia 25/09/20 às 15:30 na clínica de ortopedia.

Ass.: *Célia Teixeira*
Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br