



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **13.563**
Código verificação **CBF-EB8-204**
Emitido em **31/08/2020 13:14:21**



RPS Nº 13522 Série F de 31/08/2020 Lote 36284

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: **INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasauade.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, Bigornilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56.50 | RADIO DIAGNOSTICO R\$ 35.64 ISS 2.00 R 1.84 PIS 0.00 R
0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 92,14 ✓

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	92,14	2,00	1,84
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	92,14	08/2020	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://isse.maringa.pr.gov.br>

31/08/2020 13:16:16

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

Página 1 de 1

16 SET. 2020

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6158802000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 1141301		9 - Validade da Carteira 31/12/2030		10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGA			
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	
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 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Assinatura do Profissional Solicitante	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 14/08/2020		26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - QI Solic.		28 - QI Autoriz.		29 - QI Solic.		30 - QI Autoriz.	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 14/08/2020 13:38 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 2 14/08/2020 13:44 22 40804097 RX - PE OU PODOFACTILO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 56.50 001 1.0 35.64			
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 28684		54 - UF 55 - Código CBO 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6 - - - - - 7 - - - - - 8 - - - - - 9 - - - - - 10 - - - - -		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 92.14		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$) 92.14		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A CNPJ: 26.937.000/0001-12	

FATURAMENTO
3267027

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

2 - Nº Guia no Prestador 6158802

Folha: 1 / 1

CLAC

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 1141301		9 - Validade de Carteira		10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGA	
11 - Nome do Contratado SAMUEL MACHADO		12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 01062326148		14 - Nome do Contratado SAMUEL MACHADO			
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 <i>Samuel Machado</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.684 / TEOT 15284	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 14/08/2020		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012		26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	
27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0			
Dados do Contratado Executante 29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 30 - Código na Operadora 23876304000112 31 - Código CNES 9365230					
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Ql. Ql. 43 - Via 44 - Tte. 45 - % Real / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 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 Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxa de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>X. Wang Jongsong</i> 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - N° Guia no Prestador 6158802

Folha: 1 / 1

CLAC

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 1141301	9 - Validade da Carteira	10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
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 Samuel Machado ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28684 // TEOI 15294
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/08/2020	23 - Indicação Clínica 45 DIAS DE FRATURA DA CABECA DO QUARTO METATARSO A ESQUERDA SOL RX	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097
26 - Descrição EX - Pe ou pododactilo	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autonz. 0	
Dados do Contratado Executor			
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via
44 - % Red / Acresc.	45 - Valor Unitário (R\$)	46 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Seq. Ref.	49 - G: Part	50 - Código na operador/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			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa		
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (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: <i>Diego Gonzales Nobrega</i>			
Assinatura do Contratado: <i>Samuel Machado</i>			
Convenção: CLINICA ADVENTISTA - CLAC			
Data/Hora: 14/08/2020 13:47:05			
Contatado: 6158802			
Atendimento: 6158802			
Impresso por: ASECCO			

PRESCRIÇÃO.: 5502902 DATA: 14/08/2020 13:44
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 6158802 DT NASC: 21/08/2001 (18A 11M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 503137 - DIEGO GONZALES NOBREGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/08/2020 13:38 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6158802

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: L						
Obs.: VER AGORA						



Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28684

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684



Atendimento: 6158802 Pedido: 2180507 Ac. Number: 2721276
Registro / Nome: DIEGO GONZALES NOBREGA
Data de Nascimento: 21/08/2001 Idade: 18 anos, 11 meses e 23 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 14/08/2020 13:44:00 Laudado: 25/08/2020
16:40:15
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.


OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5502902 DATA PRESCRIÇÃO: 14/08/2020 13:44
SETOR SOLIC: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM NR CARTEIRA: 1141301
ATENDIMENTO: 6158802 VALIDADE:
PACIENTE...: 503137 - DIEGO GONZALES NOBREGA NASC: 21/08/2001 18A 11M 25D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC SERVIÇO:
PRESTADOR...: 28684 SAMUEL MACHADO LEITO:
ACOMODAÇÃO.:
UNID INTERN: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM
CID.....: USUÁRIO: SMACHADO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEDIA - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
PE OU PODODACTIL OS	1	*2180507* 2180507	14/08/2020 13:44		*2721276* 2721276 AT	32040105

Observação: VER AGORA
Justificativa: L



SAMUEL MACHADO
CRM-PR : 28684

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6158802 Prontuário: 503137 SAME: 503137 Hora Atend: 13:38 Data Atend:14/08/2020
Paciente..... : DIEGO GONZALES NOBREGA Idade: 18 a
Endereço..... : LEVA PAICANDU LOTE
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF...: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/08/2020 Hora Saída : 14:20

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

45 DIAS DE FRATURA DA CABEÇA DO QUARTO METATARSO A ESQUERDA
SOL RX COM FRATURA CONSOLIDADA
ORIENTAÇÕES
FISIO
ORIENTAÇÕES

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 // TEST 15289

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Diego Gonzales Nóbrega
Nº da Carteira: 11.4.1301
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 21/08/2001

Nº da Guia: 2150.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/06/2020	21:15:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava jogando voley em uma roda de amigos, ao saltar para dar um corte na bola, perdeu o equilíbrio e caiu de ponta de pé, virando os dedos do mesmo pé. Apresentando edema em pé esquerdo, dor e hematoma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(44) 03236-8282
Alisson Ubajara	(44) 99986-4492

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 pedido pelo médico.

Ass.:  **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