

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e		Número 15.005 Código verificação AC2-6A9-069 Emitido em 13/11/2020 17:53:01																					
RPS Nº 14949 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, Bigorilho Município: CURITIBA - PR Email: jadertinelli@clinicaadventista.org.br CEP: 80.730-070 Fone: (04) 13240-2935																							
Discriminação dos Serviços <table border="1"> <tr> <td>CONSULTAS MEDICAS</td> <td>R\$ 56.50</td> <td>ISS</td> <td>2.00 R</td> <td>1.13 PIS</td> <td>0.00 R</td> <td>0.00 COFINS</td> <td>0.00 R</td> <td>0.00 ISS</td> </tr> <tr> <td>0.00 R</td> <td>0.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						CONSULTAS MEDICAS	R\$ 56.50	ISS	2.00 R	1.13 PIS	0.00 R	0.00 COFINS	0.00 R	0.00 ISS	0.00 R	0.00							
CONSULTAS MEDICAS	R\$ 56.50	ISS	2.00 R	1.13 PIS	0.00 R	0.00 COFINS	0.00 R	0.00 ISS															
0.00 R	0.00																						
Valor Total da NFS-e				R\$ 56,50																			
Item da Lista de Serviços 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.																							
Valor Total Deduções 0,00		Desc. Incondicionado 0,00		Base de Cálculo 56,50																			
Valor do PIS 0,00		Valor da COFINS 0,00		Valor do INSS 0,00																			
Outras Retenções 0,00		Desc. Condicionado 0,00		Valor Liquido 56,50																			
Aliquota (%) 2,00		Valor do IRRF 0,00		Competência 11/2020																			
Valor do ISSQN 1,13		Valor do CSLL 0,00		Resp. Recolhimento do ISS Prestador																			
Optante Simples Não	Regime Normal	Situação da NFS-e Normal	Natureza Operação 1 - Exigível	Município Credor 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: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 14949

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

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

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. EST./RG: ISENT0

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	56,50	56,50
		ISS 2.00 R 1.13 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	56,50	
			TOTAL DO RPS =>	56,50

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~A~~S serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14949

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: **82140** Competência: **11/2020**

Entrega: 13/11/2020

82140

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal 14949 Série: F

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
29/09/2020	29/09/2020	2156001		3304797	6213955	MAYCON ALVES ALFONZO CLINICA DE ESPECIAL	56,50

Total : 1

56,50

Total Geral : 1

56,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 62139550000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2156001		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/11/2020		5 - Senha 2156001		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 11118419		9 - Validade da Carteira 31/12/2021		10 - Nome MAYCON ALVES ALFONZO			
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06	
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28801		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 13/11/2020	
23 - Data da Solicitação 13/11/2020		24 - Tabela 25		25 - Código do Procedimento 15:10		26 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE	
27 - Ql.Solic. 28		28 - Ql.Autoriz.		29 - Código CNEC 9365230			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Tipo de Consulta 1		32 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
33 - Indicação de 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 29/09/2020 15:10 15:10 22 10101012		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1 1.0 56.50 56.50		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR			
52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 28801		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 56.50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 56.50		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6213955

Folha: 1 / 1

CLAC

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 11118419	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MAYCON ALVES ALFONZO		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		18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28801	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/09/2020	23 - Indicação Clínica	28 - Ql. Autoriz. 0	
24 - Tabela 1 22				
25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico 10101012				
26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)				
Dados do Contratado Executante				
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 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 - Téo.
		45 - % Red / Acresc.	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	64 - 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 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	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		

6213955

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 6213955

Contato: 6213955

Data/Hora: 29/09/2020 15:08:56

Impresso por: NBFERLINE

RETORNO DOS PACIENTES DA ORTOPEDIA

Identificação		
Nome do Paciente MAYCON ALVES ALFONZO		
Convênio ADVENTISTA	Diagnóstico LESÃO LIGAMNETAR	
Especialidade JOELHO		
AGENDARA CONSULTA NA ORTOPEDIA BOM SAMARITANO, AV INDEPENDENCIA 112 TELEFONE 3262 4020		
Data do Agendamento ____/____/____	Horário Agendado _____	Agendado Por _____

ORIENTAÇÕES		
FAZER RAIOS X	() SIM	() NÃO
COM TALA/GESSO	() SIM	() NÃO
☐ Clavícula ☐ Ombro ☐ Braço ☐ Cotovelo ☐ Antebraço ☐ Punho ☐ Mão ☐ Coluna	☐ Bacia ☐ Quadril ☐ Coxa ☐ Joelho ☐ Perna ☐ Tornozelo ☐ Pé	
CURATIVO	() SIM	() NÃO
OBS AGENDAR CONSULTA EM 02 SEMANAS (LIGAR NO NUMERO 3262 4020)		
NÃO ESQUECER DE LEVAR ESSE ENCAMINHAMENTO PARA O MÉDICO NO DIA DO RETORNO		
Assinatura do médico solicitante		
Maringá, 07/09/20		

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6213955 Prontuário: 456539 SAME: 456539 Hora Atend: 15:10 Data Atend: 29/09/2020
Paciente..... : MAYCON ALVES ALFONZO Idade: 17 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/09/2020 Hora Saída : 15:32

Prestador da Evolução Médica: 3587 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

HDA

CONTUSAO DE JOELHO ESQUERDO HA CERCA DE 20 DIAS
FOI ATENDIDO NO HOSPITAL BOM SAMARITANO
EM IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR DESDE ENTÃO

EXAME FISICO

BEG
EDEMA 1+/4+
STRESS EM VALGO E VARO NEGATIVO
LACHMAN SUGESTIVO
GAVETA ANTERIOR NEGATIVO
SMILIE NEGATIVO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ESTIRAMENTO LCA A ESQUERDA?

TRATAMENTO

RNM
ORIENTAÇÕES
RETIRO TALA GESSADA
RETORNO

DR. DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 28801
TPO 14694

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR / 28801
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maycon Alves Afonso
Nº da Carteirinha: 11.1.18419
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/09/2003

Nº da Guia: 2156.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/09/2020	06:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno interno em jogo de futsal no ginásio. Em dividida de bola sofreu uma pancada em MIE. Refere algia ao movimentar o membro, apresenta edema em região próxima do vasto medial da coxa acima da região patelar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51 982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	07/09/2020

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 á pedido médico no dia 29/09/20.

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