



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

Número **15.013**
Código verificação **713-B10-2AB**
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14957 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@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: **jadertnelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56,50 ISS 2,00 R 1,13 PIS 0,00 R 0,00 COFINS 0,00 R 0,00 ISS

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	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	56,50	2,00	1,13
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	56,50	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 14957
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	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 MÊ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14957

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

82132

Total Geral : 1 56,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 6214366000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
13/11/2020

5 - Sentin

2138002

6 - Data de Validade da Sentin

2138002

8 - Número da Carteira
1114

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome

GUILHERME MACEDO DE MIRANDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
13/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato - Excusante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 30/09/2020 07:23 22 10101012

CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 56.50

Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(s)

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Cód do CBO
06 28801 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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 OPM (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador 6214366

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GUILHERME MACEDO DE MIRANDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

DIÓGENES 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

Dados do Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

30/09/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Q. Autoriz.

0

29 - Q. Solic.

0

30 - Q. Autoriz.

0

31 - Q. Solic.

0

32 - Q. Autoriz.

0

33 - Q. Solic.

0

34 - Q. Autoriz.

0

35 - Q. Solic.

0

36 - Q. Autoriz.

0

37 - Q. Solic.

0

38 - Q. Autoriz.

0

39 - Q. Solic.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

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 - Qtd.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Set. 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Observação - Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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

Impresso por: ACONONATO

Data/Hora: 30/09/2020 07:28:05

Contat. Atv: 6214366

Atendimento: 6214366

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Guilherme Macêdo de Miranda

Nº da Carteirinha: 11.4.164

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 08/05/2000

Nº da Guia: 2138.002



At. 6214366

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/05/2020	15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno interno estava jogando futebol, ao correr esticou a perna e estalou o joelho E. O mesmo relatou sentir muita dor

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia Damasceno	11/05/2020

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 a pedido médico dia 30/09 às 09:00 horas com Dr. Diórgenis Silva.

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6214366 Prontuário: 500840 SAME: 500840 Hora Atend: 07:23 Data Atend:30/09/2020
Paciente..... : GUILHERME MACEDO DE MIRANDA Idade: 20 a
Endereço..... : PR-317 KM 119 GLEBA R PAICANDU LOTE 30 - ZONA RURAL IVATUBA - PR
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 30/09/2020 Hora Saída : 09:23

Prestador da Evolução Médica: 3587 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

HDA

TORÇÃO DE JOELHO ESQUERDO HA CERCA DE 5 MESES
NEGA FALSEIO
SEM QUEIXAS ALGICAS
REFERE MELHORA DE ALGIA

EXAME FISICO

BEG
ADM OK
LACHMAN NEGATIVO
GAVETA ANTERIOR E POSTERIOR NEGATIVA
SMILIE SUGESTIVO LATERAL
STRESS EM VALGO E VARO NEGATIVO

RNM:

- ROTURA PARCIAL DE LCA
- ESTIRAMENTO CANTO POSTEROLATERAL
- LESAO MENISCAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ESTIRAMENTO LCA

TRATAMENTO

FORTELECIMENTO
RETORNO

DR. DIOGENES DE CARVALHO JR.
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 28801
TÍTUL. 14694

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR / 28801
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA