



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

Número **15.014**
Código verificação **A6D-BEA-FFE**
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14958 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, 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 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	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 14958
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 M~~AR~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14958

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

Remessa: **82131** Competência: **11/2020**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 14958 Série: F

Entrega: 13/11/2020

82131

Total : 1	56,50
Total Geral : 1	56,50

2 - N° Guia no Prestador **6204263000000**

Folha: 1 / 1

2291563

Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 6204263

Conta/Lote: 3291563

Impresso por AMSOUZA

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

2 - Nº Guia no Prestador 6204263

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 - Nome do Beneficiário 1110086		9 - Validade da Carteira		10 - Nome EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO	
11 - Nome da Operadora 23876304000112		12 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		13 - Nome do Profissional Solicitante 30403	
14 - Nome do Profissional Solicitante ELCIO VALLOTO JUNIOR		15 - Nome do Profissional Solicitante 06		16 - Conselho Profissional 41	
17 - Data da Solicitação 22/09/2020		18 - Indicação Clínica 23		19 - Código CBO 225270	
20 - Caracter do Atendimento 1		21 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012		22 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	
23 - Data 22		24 - Hora 10101012		25 - Ql. Solic. 1	
26 - Ql. Autoriz. 0		27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0	
29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
42 - Ql. Solic. 43 - Via 44 - Têc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		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 Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de Gases Médicos (R\$)		64 - Total Geral (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Responsável		67 - Assinatura do Contratado	

6204263

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 6204263

Contato: 6204263

Data/Hora: 22/09/2020 08:47:25

Impresso por: NCSILVA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Emilly Gabrieli Oliveira Bogo

Nº da Carteirinha: 11.4.86

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 30/09/2000

Nº da Guia: 2064.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/02/2020	03:49:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Posterior da Coxa Direita

Descrição

Torção em MID. Jogo de futsal, ao rotacionar o corpo para pegar a bolsa, refere torção na perna que não fez o mesmo movimento do corpo. Refere algia em região posterior da coxa em região poplíteia. Membro imobilizado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Beatriz Ferreira	(44) 99894-5690

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 médico na terça-feira do dia 22/09/20 às 09:05 da manhã.

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