



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

Número **16.241**
Código verificação **83D-1D8-637**
Emitido em **14/01/2021 12:18:54**



RPS Nº 16181 Série F de 14/01/2021 Lote 38876

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, Bigorilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

ULTRASSONOGRAFIA	R\$ 97,54	ISS	2,00 R	1,95 PIS	0,00 R	0,00 COFINS	0,00 R	0,00 ISS
0,00 R	0,00							

Valor Total da NFS-e

R\$ 97,54

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	97,54	2,00	1,95
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 Liquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	97,54	01/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR
Outras Informações				

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 16181
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 14/01/2021 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
		ULTRASSONOGRAFIA	97,54	97,54
		ISS 2.00 R 1.95 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	97,54	
			TOTAL DO RPS =>	97,54

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 16181

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: **83100** Competência: **01/2021** Entrega: **12/01/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

83100

Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
18/12/2020	18/12/2020	6326730000000		3370833	6326730	CRISTIELE CAROLINE BORGES ULTRASSONOGRAFIA	97,54

Total : 1 97,54

Total Geral : 1 97,54

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

2 - Nº Guia no Prestador **6326730000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Semel		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 1141070		9 - Validade da Carteira 31/12/2021	
10 - Nome CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			

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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/12/2020		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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 9366230	
--	--	---	--	-----------------------------	--

32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada) 9		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 - Procedimento 41 - Descrição					
1 18/12/2020 15:43 15:43 22 40901220 US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO) 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 97.54					

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /					
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /					

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 97.54		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 Médicos (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 97.54					

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 21

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141070

9 - Validade da Carteira

31/12/2020

10 - Nome

CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

18/12/2020

22 - Indicação Clínica

TORNOZELO DIREITO

23 - Tabela

1 22

24 - Código do Procedimento ou Item Anamnese

40901220

25 - Descrição

US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

26 - QI Autoriz

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

238763040001

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

4

33 - Indicação do Acidente (seidente 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 - Cida. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES
11.02.1998 F 22a 10m 7d
N Cart 1141070

510863
Dta Realiz 12/2020
Atend: 6328528

2238169

04 - Código CBO

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Ausg. (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRV (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: SMACHADO

Data/Hora: 18/12/2020 14:34:05

Centraliz. 6328528

Atendimento: 6328528

Contratado: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Cristiele Caroline Borges Prestes
Nº da Carteira: 11.4.1070
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 11/02/1996

Nº da Guia: 2209 002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/11/2020	09:00:00	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

A aluna interneta estava participando de uma atividade de pular de uma plataforma a outra pendurada em uma corda, na hora de passar para outra plataforma ela escorregou e torceu o pé. Está com muita dor em região do tornozelo direito, região encontra-se edematizada

Testemunha da ocorrência

Aline

Telefone

(44) 8435-6395

Quem prestou primeiros socorros

Celia Damasceno

Data

08/11/2020

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hst - Hospital Bom Samaritano de Maringá se

31, Av. Independência

3

Zona 04

(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Esta ficha, autoriza a liberação do exame a pedido médico, no dia 19/12/2020 Ultrassom do tornozelo do membro inferior direito.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

21/12/2020



Atendimento:	6326730	Pedido:	2238169	Ac. Number:	2794170
Registro / Nome:	CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES				
Data de Nascimento:	11/02/1998	Idade:	22 anos, 10 meses e 7 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	18/12/2020 15:43:00			Laudado:	18/12/2020 16:32:32
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado com equipamento linear multifrequencial de alta resolução.

Tendão de aquiles com calibre normal e ecotextura habitual.

Face anterior de configuração anatômica normal.

Tendão tibial anterior, extensor longo do hálux e dos dedos com calibres normais e ecotexturas habituais, sem sinais de ruptura.

Face maleolar medial de configuração anatômica normal.

Tendão do tibial posterior aumentado de calibre em sua porção maleolar e infra maleolar, com hipoeogenicidade textural e líquido em sua sinóvia.

Tendões fibulares aumentados de calibre na porção maleolar e com halo anecoico de edema sinovial local.

CONCLUSÃO:

- Sinais de tenossinovite do tibial posterior e dos dos fibulares.

MARCIO LUIZ VIOLATO
CRM- PR: 35760