



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

Número **16.246**
Código verificação **64F-373-3D9**
Emitido em **14/01/2021 12:18:54**



RPS Nº 16186 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@santaritasaude.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, Bigorrião**
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	Aliquota (%)	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	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 16186
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
		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 MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 16186

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6300732000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sente	
6 - Data de Validade da Sente		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Beneficiário 11486		9 - Validade da Carteira 01/01/2022	
10 - Nome EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO		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 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28131		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/12/2020	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Q1.Solic. 28 - Q1.Autoriz.			
Dados do Contrato Executante			
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 (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		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 01/12/2020 09:16 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 56.50 56.50	
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48-Sq. Ref. 49-Gt. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 1 12 23876304000112 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO 06 28131 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Sênse 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 CPME (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			

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

2 - Nº Guia no Prestador **6300732**

Folha: 1 / 1



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Emilly Gabrieli Oliveira Bogo
Nº da Carteira: 11.4.86
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 30/09/2000

Nº da Guia: 2064.008

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

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

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 poplítea. Membro imobilizado.

Testemunha da ocorrência

Beatriz Ferreira

Telefone

(44) 99894-5690

Local de atendimento

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

31, Av. Independência

Nº

3

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico no dia 01/12/2020 terça-feira às 10 horas 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br