



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

Número **16.248**
Código verificação **E17-450-EFB**
Emitido em **14/01/2021 12:18:54**



RPS Nº 16188 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, Bigorriho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

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

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 35.64
0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00 ISS 2.00 R 2.71 PIS 0.00 R 0.00 COFINS

Valor Total da NFS-e

R\$ 135,64

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	135,64	2,00	2,71
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	135,64	01/2021	Prestador
Contribuinte Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor	
Isento	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 16188
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 RADIOLOGICO	100,00 35,64	100,00 35,64
		ISS 2.00 R 2.71 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	135,64	
		TOTAL DO RPS =>		135,64

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 16188

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6299586000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

5 - Sembr

4 - Data de Autorização

6 - Data de Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
11418

9 - Validade da Carteira
01/01/2022

10 - Nome
CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS

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
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27211

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
30/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

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
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 30/11/2020 14:19 14:19 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 30/11/2020 14:49 14:49 22 40803120 RX - WAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 35.64 35.64

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 27211 41 225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
135.64

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 Gastos Medicináveis (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 28.876.399/0001-12
FATORAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador 6299586

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11418

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

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
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
30/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
Consulta em Pronto Socorro

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
1 0

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

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 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - % Rod / 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 da Realização de Procedimento em Saúde

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 do O.P.M.E. (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: NCS/LVA

Data/Hora: 30/11/2020 14:29:27

Central/Id: 6299586

Atendimento: 6299586

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



CLAC

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

2 - Nº Guia no Prestador 6299586

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11418

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAROLINE MENDONÇA DE MEDEIROS

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N13 - Código da Operadora
2387630400011215 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO MIGUEL CASADO NETO14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
30/11/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 25 - Código do Procedimento
40803120 26 - Descrição
RX - Mao ou quirodactilio27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
1 0

Dados do Contratante Especialista

29 - Código na Operadora
2387630400011230 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença
rododactilia

34 - Tipo de Consulta

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Rod / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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 Material (R\$)

62 - Total do 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

Impresso por: RACAPROS

Data/Hora: 30/11/2020 15:10:05

Consultório: 6299502

Atendimento: 6299596

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

30/11

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Caroline Mendonça de Medeiros

Nº da Carteirinha: 11.4.18

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 02/08/1995

Nº da Guia: 2206.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/10/2020	18:40:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna interna relata que estava jogando futsal no gol, ao defender uma bola, a bola bateu em seu dedo mínimo da mão esquerda com muita força, ocorrendo uma lesão. O dedo apresenta edema, cianose e aluna refere muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roger	(47) 99662-7701

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	03/11/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno
Retorno a pedido médico no dia 30/11/2020 segunda-feira às 14 horas.

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

Ass.:

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



Atendimento: 6299586 **Pedido:** 2229377 **Ac. Number:** 2783197
Registro / Nome: CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS
Data de Nascimento: 02/08/1995 **Idade:** 25 anos, 3 meses e 26 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 00:00:00 30/11/2020 14:49:00 **Laudado:** 03/12/2020 13:21:54
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: JOAO MIGUEL CASADO NETO

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6299586 **Pedido:** 2229398 **Ac. Number:** 2783231
Registro / Nome: CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS
Data de Nascimento: 02/08/1995 **Idade:** 25 anos, 3 meses e 26 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 30/11/2020 15:09:00 **Laudado:** 03/12/2020 13:22:26
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: JOAO MIGUEL CASADO NETO

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura da falange media do V quirodáctilo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5660050 DATA: 30/11/2020 14:49
USUÁRIO.....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 6299586 DT NASC: 02/08/1995 (25A 3M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 510443 - CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/11/2020 14:19 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					

Justificativa.: AP + PERFIL DPO 5º QDE

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211

PRESCRIÇÃO.: 5660050

SETOR SOLIC: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM

ATENDIMENTO: 6299586

PACIENTE...: 510443 - CAROLINE MENDONCA DE MEDEIROS

ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

PRESTADOR...: 27211 JOAO MIGUEL CASADO NETO

ACOMODAÇÃO..:

UNID INTERN: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM

CID.....:

DATA PRESCRIÇÃO: 30/11/2020 14:49

NR CARTEIRA: 11418

VALIDADE:

NASC: 02/08/1995 25A 3M 30D

SERVIÇO:

LEITO:

USUÁRIO: JMCNETO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEDIA - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
MAO OU QUIRODACTI LOS D	1	 2229377	30/11/2020 14:49		 2783197	32030126 AT

Justificativa: AP + PERFIL DPO 5° QDE

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR : 27211