



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

Número **17.423**  
 Código verificação **A9F-CC6-2BD**  
 Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17363 Série F de 15/03/2021 Lote 40016

**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 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92.00 ISS 2.00 R  
 4.55 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

**Valor Total da NFS-e**

**R\$ 227,64**

**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                 | 227,64            | 2,00              | 4,55                      |
| 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                 | 227,64            | 03/2021           | 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: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F  
Nº 17363  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica  
DATA DE EMISSÃO 15/03/2021 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: ISENT0

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                                                        | 100,00          | 100,00      |
|       |       | RADIODIAGNOSTICO                                                         | 35,64           | 35,64       |
|       |       | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS                                         | 92,00           | 92,00       |
|       |       | ISS 2.00 R 4.55 PIS 0.00 R 0.00<br>COFINS 0.00 R 0.00<br>ISS 0.00 R 0.00 |                 |             |
|       |       | Valor Líquido =                                                          | 227,64          |             |
|       |       |                                                                          | TOTAL DO RPS => | 227,64      |

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M~~A~~ serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17363

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: **83992** Competência: **03/2021** Entrega: **02/03/2021**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**  
Nota Fiscal 17363 Série: F



Período

| Início     | Termino    | Guia TISS | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Origem                             | Valor  |
|------------|------------|-----------|------|----------|-------------|------------------------------------|--------|
| 22/02/2021 | 22/02/2021 | 2237      |      | 3402283  | 6400308     | VALTER NGONDE ROMAO PRONTO SOCORRO | 227,64 |

Total : 1 227,64

Total Geral : 1 227,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 6400308000000

Folha: 1 / 1

|                                       |                                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal                        |
| 4 - Data de Autorização<br>02/03/2021 | 5 - Sentia<br>2237                                  |
| 6 - Data de Validade da Série<br>2237 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2237 |

|                                     |                                        |                                  |                                         |                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>000000000 | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2023 | 10 - Nome<br>VALTER NGONDE ROMAO | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                         |                                            |                                                                   |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                    | 13 - Código da Operadora<br>23876304000112 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>SAMUEL MACHADO | 16 - Conselho Profissional<br>06           | 17 - Número no Conselho<br>28684                                  |
| 18 - UF<br>41                                           | 19 - Código CBO<br>225270                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                       |

|                                                           |                                   |                                        |                        |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Caracter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>02/03/2021 | 23 - Indicação Clínica |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|

|                                                                    |                |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Ql. Solic.<br>28 - Ql. Autoriz. |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|

|                               |                                            |                                                                   |                             |
|-------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Excusante | 29 - Código na Operadora<br>23876304000112 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | 31 - Código CNES<br>9365230 |
|-------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                             |                                                                  |                            |                                            |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta<br>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                                        | 42-Ql. de | 43-Via | 44-Téc. | 45-Fator R/Acr | 46-Valor Unitário | 47-Valor Total |
| 1 22/02/2021                                          | 15:26          | 15:26        | 22        | 10101039        | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                          | 001       |        |         | 1.0            | 100.00            | 100.00         |
| 2 22/02/2021                                          | 15:27          | 15:27        | 22        | 40804089        | RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)           | 001       |        |         | 35.64          | 35.64             | 35.64          |
| 3 22/02/2021                                          | 16:22          | 16:22        | 22        | 30728134        | LESORES LIGAMENTARES AGUDAS NO NIVEL DO TORNOZELO - | 001       | 1      | 1       | 1.0            | 92.00             | 92.00          |

|                                                   |                     |                      |                                              |                                                     |                           |                                  |               |                           |
|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(s) | 48 - Sq. Ref.<br>12 | 49 - Gr. Part.<br>12 | 50 - Cód. na Operadora/CPF<br>23876304000112 | 51 - Nome do Profissional<br>PIANTAO SAMUEL MACHADO | 52 - Conselho Prof.<br>06 | 53 - Número no Conselho<br>28684 | 54 - UF<br>41 | 55 - Código CBO<br>225270 |
|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|

|                                                   |                                                |                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Observação / Justificativa |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|

|                                             |                                              |                                       |                                  |                                          |                                              |                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>227.64 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>227.64 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|

|                                                 |                                                |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|

**FATURAMENTO**

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A  
CNPJ: 23.876.309/0001-12



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 2237

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 pela Operadora

8 - Número da Carteira  
0000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente 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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

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 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

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 2237

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000  
3 - Nº Guia Principal 2237

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 0000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
VALTER NGONDE ROMUALDO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 28684

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação 22/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 22  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804089  
26 - Descrição RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

27 - Q1 Solic 1

28 - Q1 Autoriz 0

Samuel Machado  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.884 III TEOT 15284

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

33 - Indicação de Acidente (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 - 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 CPME (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: WFSANTOS

Data/Hora: 22/02/2021 17:23:48

Contato: 0400308

Atendimento: 0400308

Convênio: INST ADVENTISTA-AP





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

2 - Nº Guia no Prestador 2237

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000  
3 - Nr. Guia Principal  
2237  
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  
0000000000  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome  
VALTER NGONDE ROMAO

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  
SAMUEL MACHADO  
16 - Conselho Profissional  
6  
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 de Atendimento  
22 - Data da Solicitação  
23/02/2021  
23 - Indicação Clínica

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição                                                                                                      | 27 - Qt. Solic. | 28 - Qt. Autoriz. |
|-------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| 1           | 22                                               | 40804089                                                                                                            | 1               | 0                 |
| 2           | 22                                               | 30728134                                                                                                            | 1               | 0                 |
|             |                                                  | RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)<br>Lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento incruent |                 |                   |

Samuel Machado  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

Dados do Contrato 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  
33 - Indicação do Acidente (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 - Tec  
45 - % Red / Acresc.  
46 - Valor Unitário (R\$)  
47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel  
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 Sobre

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: WFS-SANTOS

Data/Hora: 23/02/2021 16:46:06

Contato: 6400308

Atendimento: 6400308

Convênio: INST ADVENTISTA-AP



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valter Ngonde Romão  
Nº da Carteira: 11.4.680  
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 23/03/1998

Nº da Guia: 2237



| Data da Ocorrência | Horário  | Local            | Atividade                             |
|--------------------|----------|------------------|---------------------------------------|
| 16/02/2021         | 16:00:00 | Campo de futebol | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo    |
|-----------------------------------------------|--------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

O aluno interno estava participando de um jogo de futebol quando o adversário foi passar entre ele e seu colega se esbarraram e o mesmo caiu sobre ele, machucando o tornozelo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Carlos Gabriel           | (44) 99943-4971 |
| Aquila                   | (44) 99943-4971 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Hellen                          | 16/02/2021 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

### Observações

O aluno foi atendido, feito alguns procedimentos naturais, como gelo e dolomita, e foi mandado para o hospital.

Ass.: Célia T. D. da Silva  
Enfermeira  
Coren/PR 000.602.977 *Célia Teixeira Damasceno Da Silva*

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  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



|                     |                        |         |                             |             |                     |
|---------------------|------------------------|---------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| Atendimento:        | 6400308                | Pedido: | 2265455                     | Ac. Number: | 2828245             |
| Registro / Nome:    | VALTER NGONDE ROMAO    |         |                             |             |                     |
| Data de Nascimento: | 23/03/1998             | Idade:  | 22 anos, 10 meses e 26 dias | Sexo:       | M                   |
|                     | 00:00:00               |         |                             |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 22/02/2021 15:27:00    |         |                             | Laudado:    | 23/02/2021 14:48:32 |
| Convênio:           | INST.ADVENTISTA-IAP    |         |                             |             |                     |
| Médico Solicitante: | PLANTAO SAMUEL MACHADO |         |                             |             |                     |

### RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

|                     |                     |        |                             |          |                     |
|---------------------|---------------------|--------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Data de Nascimento: | 23/03/1998          | Idade: | 22 anos, 10 meses e 26 dias | Sexo:    | M                   |
|                     | 00:00:00            |        |                             |          |                     |
| Pedido do Exame:    | 22/02/2021 15:27:00 |        |                             | Laudado: | 23/02/2021 14:48:32 |

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5782133 DATA: 22/02/2021 15:26  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 6400308 DT NASC: 23/03/1998 (22A 11M 3D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 518149 - VALTER NGONDE ROMAO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 14:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO APOS TRAUMA EM PARTIDA DE FUTEBOL, COM ENTORSE DE TORNOZELO ASSOCIADO. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:

PELE INTEGRAL, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATOMA, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

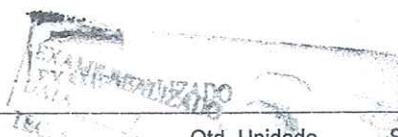
SOL RX E REAVALIO

\*6400308\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                                                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)<br>Justificativa.: T<br>Obs.: ESQ | 1   |         |    |     |            |      |          |



#### VISITA HOSPITALAR

|                                           | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |

*Samuel Machado*  
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28.684

PRESCRIÇÃO.: 5782139 DATA: 22/02/2021 15:27  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 6400308 DT NASC: 23/03/1998 (22A 11M 3D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 518149 - VALTER NGONDE ROMAO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 14:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA HÁ 07 DIAS

*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28.684

PRESCRIÇÃO.: 5782227 DATA: 22/02/2021 16:22  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 6400308 DT NASC: 23/03/1998 (22A 11M 3D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 518149 - VALTER NGONDE ROMAO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 14:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO - AGUARDA LAUDO OFICIAL.

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE QUANTO A GRAVIDADE E AOS CUIDADOS A SEREM TOMADOS.
- ANALGESIA, RECEITA, MANO DE REPOSICIONAMENTO ANATÔMICO E IMOBILIZAÇÃO (ROBOFFOT)
- RETORNO AMBULATORIAL
- FORNEÇO ATESTADO
- A DISPOSIÇÃO

\*6400308\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE | 1   |         |    |     |            | [22/02] | 16:22    |

*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTÃO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28.684

RELATÓRIO DE ENTREVISTA

☐ Sistema Neurológico    ☐ Sistema Respiratório    ☐ Sistema Digestório    ☐ Sistema Musculoesquelético    ☐ Sistema Urinário    ☐ Sistema Reprodutor  
☐ Sistema Circulatório    ☐ Outros

Oxigênio Início:  Fim:

( ) Cateter de O<sub>2</sub> ( ) Máscara 50% ( ) Máscara 100% ( ) Ventilação Não Invasiva ( ) Ventilação Mecânica Invasiva

Exatidão de 13 graus sobre o ponto de partida  
Exatidão de 13 graus sobre o ponto de partida  
15:00. Hora X sem incidência, segue de alta com orientação

CORFEN-PR 620

### dos do Atendimento

tendimento: 6400308 Data/Hora: 22/02/2021 14:56 Prioridade: Baixa  
Paciente: 518149 - VALTER NGONDE ROMAO Sexo: M Nasc.: 23/03/1998 (22a 11m 3d)  
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### inica

### dmissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO HA 1 SEMANA

### Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:100%

Alergias: NEGA

### inais Vitais

P.A.: 120 x 60 mmHG Pulso: 60 bpm Temperatura: 36 °C

### icologia

### Questionário

|                       |                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento: Distócito | Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Menarca:              | Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>        |
| Últ. Menstruação:     | Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Nº de Partos:         | Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |
| 1º Congresso Sexual:  | Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Higiene Bucal: Boa    | Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:               | UF: Hospital:                                                                            |

### Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CENTRO DE REGISTRO NACIONAL DE ANGOLA



**SOBRENOME:**  
NGONDE ROMAO

**NOME:**  
VALTER

**DATA DE NASCIMENTO:**  
23/03/1998

**SEXO:** M

**FILIAÇÃO:**  
DOMINGAS NGONDE AVIAO ROMAO  
JOSE SEBASTIAO ROMAO

**NACIONALIDADE:**  
ANGOLA

**VALIDADE:**  
23/03/2020

**RNM**  
0139420-2

ASSINATURA DO TITULAR