



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

Número **17.427**
 Código verificação **34C-1FD-27D**
 Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17367 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 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 10.29 MEDICAMENTOS R\$ 16.82 RADIODIAGNOSTICO R\$ 183.60 REPASSE DE
 SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 119.60 TAXAS R\$ 69.32 ISS 2.00 R 9.99 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00
 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e **R\$ 499,63**

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	499,63	2,00	9,99
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	499,63	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: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 17367
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: 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	100,00	100,00
		MATERIAL HOSPITALAR	10,29	10,29
		MEDICAMENTOS	16,82	16,82
		RADIODIAGNOSTICO	183,60	183,60
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	119,60	119,60
		TAXAS	69,32	69,32
		ISS 2.00 R 9.99 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	499,63	
		TOTAL DO RPS =>		499,63

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17367

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: **84000** Competência: **03/2021** Entrega: **02/03/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 17367 Série: F



Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
14/02/2021	14/02/2021	2229		3402312	6390806	GABRIELA ROSENILDA DA SILVA PRONTO SOCORRO	499,63
Total : 1							499,63
Total Geral : 1							499,63

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

2 - Nº Guia no Prestador 6390806000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
02/03/2021

5 - Senha

2229

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2229

8 - Número da Carteira
1141579

9 - Validade da Carteira
01/01/2023

10 - Nome

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

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
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/03/2021

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 ONES
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	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	14/02/2021	22:13	22:13	22	10101039	001			1.3	100.00	100.00
2	14/02/2021	22:18	22:18	22	40803040	001			1.0	36.72	36.72
3	14/02/2021	22:18	22:18	22	40803040	001			1.0	36.72	36.72
4	14/02/2021	22:18	22:18	22	40803066	001			1.0	36.72	36.72
5	14/02/2021	22:18	22:18	22	40803074	001			1.0	36.72	36.72

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38632 41 225270

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

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

2 - Nº Guia no Prestador 6390806000000

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Data de Validade da Senha 2229	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2229
4 - Data de Autorização 02/03/2021	6 - Senha	9 - Validade da Carteira 01/01/2023	10 - Nome GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
8 - Número da Carteira 1141579		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38632
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/03/2021		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
29 - Código na Operadora 23876304000112	31 - Código CNES 9365230		

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1	
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
6 14/02/2021 22:18 22 40803074 RX - ARTICULAÇÃO ESCAPULOMERAL (OMERO)	001	1	1.0
7 14/02/2021 23:10 22 30717094 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INC	001	1	1.3
			36.72
			119.60
			36.72
			119.60

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPR 51 - Nome do Profissional	56 - Senha 57 - Assinatura do Profissional		
7 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI	06		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			

59 - Total de Procedimentos (R\$) 403.20	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 69.32	61 - Total de Materiais (R\$) 10.29	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 16.82	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 499.63
---	---	--	----------------------------------	---	--	----------------------------------

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





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

2 - Nº Guia no Prestador 2229

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

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 1141579	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA	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 ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38632	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Andre Alberti Casadei ORTO, RUM / TRIUMFATOLOGIA CRM-PR 36.732
----------------------	--	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/02/2021	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql. Suse 1	28 - Ql. Autoriz 0
---	-----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	--------------------	-----------------------

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 Atendimento (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 - Qlde	43 - Via	44 - Txc	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)	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
--	----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

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

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 Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				



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

2 - Nº Guia no Prestador 639080601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2229

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
1141579

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

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
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

26 - Descrição
RX - Clavícula
RX - Articulacao acromioclavicular
RX - Articulacao escapuloomerar (ombro)
Fraturas e/ou luxacoes e/ou avulsões - em articula
NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML

27 - Q1 Solic
28 - Q1 Autoriz

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 (paciente 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 - Cidade
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 do 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total Gases Medicinas (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Total Geral (R\$)

Impresso por LMMACEDO

Data/Hora: 15/02/2021 00:52:18

Controle: 6390806

Atendimento: 6390806

Convenio: INST ADVENTISTA-LAP

Barcode

Barcode



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

2 - Nº Guia no Prestador 639080602

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
2229

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
1141579

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operação
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Andre Alberti Casadei
ORIENTADOR EM TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 20 90378229 TORADOL

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - Q1 Solic.
1

28 - Q1 Autoriz.
0

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 (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Ht. Inicial 38 - Ht. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tbc.

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 operacional/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

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

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: LMMACEDO

Data/Hora: 15/02/2021 00:52:52

Controle: 6390806

Atendimento: 6390806

Convênio: INST ADVENTISTA-LAP



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		2229								
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operação		4 - Nome do Contratado								
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
5 - Código CNES										
9365230										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento	
8 -	03	14/02/2021	21:47:00	a	21:47:00	19	70138923			
20 - Descrição:	ESCALPE 21G - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA									
9 -	02	14/02/2021	21:47:00		21:47:00	20	90007131			
20 - Descrição:	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL									
10 -	02	14/02/2021	21:47:00		21:47:00	20	90378229			
20 - Descrição:	TORADOL									
11 -	02	14/02/2021	21:47:00		21:47:00	20	90470800			
20 - Descrição:	NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML									
12 -	07	14/02/2021	21:47:23		21:47:23	18	60000465			
20 - Descrição:	TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS									
13 -	03	14/02/2021	21:47:23		21:47:23	19	70014370			
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2									
14 -	03	14/02/2021	21:47:23		21:47:23	19	70705291			
20 - Descrição:	SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)									
15 -	03	14/02/2021	21:47:23		21:47:23	19	70705321			
20 - Descrição:	SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)									
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
16.82										
23 - Total de Materiais (R\$)										
10.29										
24 - Total de OPME (R\$)										
0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										
69.32										
26 - Total de Diárias (R\$)										
0.00										
27 - Total Geral (R\$)										
96.43										

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 15/03/2021 14:35:52

Conta/Lote: 3402312

Atendimento: 6390806

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriela Rosenilda da Silva Sousa

Nº da Carteira: 11.4.1579

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 10/06/2001

Nº da Guia: 2229

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:28:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Ombro Direito

Descrição

Aluna interna relata que estava em uma atividade na piscina térmica e ao fazer movimento de rotação de MSD, sentiu forte dor. Apresenta possível luxação de ombro D, perda de mobilidade, deformidade, refere forte dor ao movimentar o membro.

Testemunha da ocorrência

Gilberto Júnior

Telefone

51982703529

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto Júnior

Data

14/02/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa

31, Av. Independência

3

Zona 04

(44) 3220-6000

Observações

Aluna interna encaminhada para o hospital para avaliação médica.

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

Razão Social: Instituição
Adventista Sul Brasileira de
Saúde

CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447,

Bigorriho, CEP: 80.730-070

Curitiba – PR

(41) 995199118 (41) 32402935

Inscrição estadual: Isento



Atendimento: 6390806 Pedido: 2261852 Ac. Number: 2823722
Registro / Nome: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
Data de Nascimento: 10/06/2001 Idade: 19 anos, 8 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:21
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - OMBRO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390806 Pedido: 2261852 Ac. Number: 2823723
Registro / Nome: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
Data de Nascimento: 10/06/2001 Idade: 19 anos, 8 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:22
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - OMBRO DIREITO

- Luxação do ombro direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390806 **Pedido:** 2261852 **Ac. Number:** 2823724
Registro / Nome: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
Data de Nascimento: 10/06/2001 **Idade:** 19 anos, 8 meses e 3 dias **Sexo:** F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00 **Laudado:** 15/02/2021
09:05:24
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - CLAVÍCULA DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390806 Pedido: 2261852 Ac. Number: 2823725
Registro / Nome: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
Data de Nascimento: 10/06/2001 Idade: 19 anos, 8 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:25
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - CLAVÍCULA DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6390806 Pedido: 2261852 Ac. Number: 2823726
Registro / Nome: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
Data de Nascimento: 10/06/2001 Idade: 19 anos, 8 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00 Laudado: 15/02/2021
09:05:27
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - ACROMIOCLAVÍCULA DIREITA

- Subluxação acromioclavicular à direita.

Pedido do Exame: 14/02/2021 22:18:00

Laudado: 15/02/2021
09:05:27

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5769330 DATA: 14/02/2021 22:13
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390806 DT NASC: 10/06/2001 (19A 8M 7D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 517565 - GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:47 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6390806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP OMBRO (ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL) Justificativa.: LUXAÇÃO ? Obs.: AP + P DIREITO	2						
2 RX MEM SUP ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR Justificativa.: LUXAÇÃO ? Obs.: DIREITO							
3 RX MEM SUP CLAVICULA Justificativa.: LUXAÇÃO Obs.: DIREITO AP + ZANCA	2						

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						


ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5769344 DATA: 14/02/2021 23:10
USUÁRIO.....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390806 DT NASC: 10/06/2001 (19A 8M 7D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517565 - GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

em tempo

rx com sinais de luxação gleno-umeral a direita ✓

rx pos manobra de redução com adequada congruência articular ✓

ef:

adm preservada porém dolorosa

neurovasc preservadas

tec < 3 seg

boa mobilidade dos quirodactilos

plano terapeutico

oriento sobre o quadro

oriento sinais de alarme para retorno

retorno + atestado + receita

6390806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 OMBRO, FRATURAS/LUXACOES/AVULSOES - INCRUENTO	1					[14/02] . 23:10

Obs.: trauma

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 5769347 DATA: 14/02/2021 23:18
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6390806 DT NASC: 10/06/2001 (19A 8M 7D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 517565 - GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2021 21:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

6390806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[14/02] 23:18
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
7	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML	1	AMPOLA		EV	AGORA	[14/02] 23:18

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

TAXA DE SALA

Quant.	Materiais		Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Abocath nº 24		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag 5ml
	Agua Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm	1	Seringa Descartável s/ag 10ml
	Aguilha descartável 25x7		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag 20ml
1	Aguilha descartável 40x12		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade	1	Luva de procedimento 1 un 1º		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	1	Equipo macrogotas	3	Malha Tubular nº ____ cm		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm	1	Equipo microgotas		Microporte 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº 21		Pólfix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina - ml		Espatradrupo - cm		PVPJ degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadafço - 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)	1	Seringa descartável s/ag 3ml		

PROCEDIMENTOS			
	Nebulização	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Retirada de soro
Aplicação EV	Drenagem torácica - Kit Dren		Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma		Sondagem vesical de demora
Aspiração	Fixação de Escala de Soro		Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂		Traqueostomia
Curativo P	Flebotomia		Verificação de sinais vitais
Curativo M	Glicemia Capilar		
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

23:30 h Paciente com luvas e sem ombro direito. Realizada uma USF com AB: 24 devido à dificuldade de acesso ao abdômen. Sem alterações na pele e membros inferiores. Com conforto físico.

Sereser 468405

dos do Atendimento

endimento: 6390806 Data/Hora: 14/02/2021 21:47 Prioridade: Média
Paciente: 517565 - GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA Sexo: F Nasc.: 10/06/2001 (19a 8m 7d)
Prestador: 4118 - ANDRE ALBERTI CASADEI Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

nica

dmissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE LUXACAO EM OMBRO DIREITO APOS NATACAO HOJE

oenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:100%
Alergias: NEGA

inais Vitais

P.A.: 116 x 78 mmHG Pulso: 76 bpm Temperatura: 36,8 °C

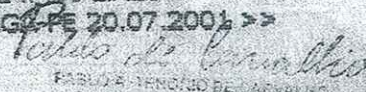
icologia

uestionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital:

utros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	10.671.091
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/08/2017
NOME	<< GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA >>
FILIAÇÃO	<< EDSON LUIS DE SOUSA >> << ROSENILDA PEREIRA DA SILVA >>
NATURALIDADE	LAGOA DE ITAENGA - PE
DATA DE NASCIMENTO	10/06/2001
DOC. ORIGEM	<< CN. 24.480 LA20 F.73V CART. LAGOA DE ITAENGA - PE 20.07.2001 >>
CPF	
 PAULO DE CARVALHO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL GERENTE DO IIRB ASSINATURA DO DIRETOR LEI N° 7.116 DE 29/08/83	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
AUTOMOBILISTAS

WILTON SCHISSEL FERREIRA

10515017-1 CESP PR

CPF: 050.754.379-31 19/02/1989

WILTON SCHISSEL
FERREIRA
IVANILSE ARIENES ADAMS
CIDA DOS S. FERREIRA

1468832326

WILSON GATTON
DEPARTAMENTO NACIONAL

15/05/2012 30/03/2008