



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

Número **18.323**
Código verificação **93C-AC7-7C2**
Emitido em **13/05/2021 15:59:27**



RPS Nº 18263 Série F de 13/05/2021 Lote 270350

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: (41) 3240-2935

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

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	Alíquota (%)	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	05/2021	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>

Remessa: 85186 Competência: 05/2021 Entrega: 15/05/2021
 Objeto: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC
 Nota Fiscal

85186

Período								
Início	Termínio	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor	
24/03/2021	24/03/2021	6430184000000		3414901	6430184	JOSE FERREIRA NETO	CLINICA DE ESPECIALIA	56,50
Total : 1							56,50	
Total Geral : 1							56,50	

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

2 - Nº Guia no Prestador 64301840000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

000000000

01/01/2025

JOSE FERREIRA NETO

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

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Procedimento / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

24/03/2021

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz

Dados de Confirmação Encerrante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

23876304000112

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 24/03/2021 08:45 08:45 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 56.50 56.50

Identificação do(s) Profissional(is) Encarante(s)

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28801 41 225270

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

1 - / / 3 - / /

2 - / / 4 - / /

5 - / / 6 - / /

7 - / / 8 - / /

9 - / / 10 - / /

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 OFME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Outros (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
56.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

FATURAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador **6430184**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - N.º Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOSE FERREIRA NETO

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

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 Exceção / 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. 40 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Pat

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 do Material (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

Impresso por: EPDMBONADIO

Data/Hora: 24/03/2021 08:48:47

Contatado: 6430184

Atendimento: 6430184

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: José Ferreira Neto
Nº da Carteira: 11.4.422
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 15/10/1999

Nº da Guia: 2238.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/02/2021	23:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava participando de uma atividade do colégio (queimada), e para se desviar da bola o mesmo abaixou e bateu com muita força o joelho esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Filipe	(66) 99915-3855
Renan	(66) 99915-3855

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia	18/02/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno

O aluno foi encaminhado para o retorno a pedido médico.

Ass.: Célia T. D. da Silva

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

6430184

RETORNO DOS PACIENTES DA ORTOPEDIA

Identificação

Nome do Paciente

JOSE FERREIRA NETO

Convênio

ADVENTISTA

Diagnóstico

CONTUSÃO EM JOELHO

Especialidade

JOELHO

**AGENDARA CONSULTA NA ORTOPEDIA BOM SAMARITANO, AV INDEPENDENCIA 112
TELEFONE 3262 4020**

Data do Agendamento

Horário Agendado

Agendado Por

____/____/____

ORIENTAÇÕES

FAZER RAO X

() SIM

() NÃO

COM TALA/GESSO

() SIM

() NÃO

() Clavícula

() Bacia

() Ombro

() Quadril

() Braço

() Coxa

() Cotovelo

() Joelho

() Antebraço

() Perna

() Punho

() Tornozelo

() Mão

() Pé

() Coluna

CURATIVO

() SIM

() NÃO

OBS

**AGENDAR CONSULTA EM 2 SEMANAS
(LIGAR NO NUMERO 3262 4020)**

NÃO ESQUECER DE LEVAR ESSE ENCAMINHAMENTO PARA O MÉDICO NO DIA DO RETORNO

Assinatura do médico solicitante

Maringá, 22/02/21