

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número	18.325	
	Código verificação	77B-C08-F27	
	Emitido em	13/05/2021 16:04:07	

RPS Nº 18265 Série F de 13/05/2021 Lote 270356

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** CEP: **87.015-020**
 Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br** Fone: **(44) 3041-7312**



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
 Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
 Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorrião** CEP: **80.730-070**
 Município: **CURITIBA - PR** Fone: **(41) 3240-2935**
 Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

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>

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **85184** Competência: **05/2021** Entrega: **15/05/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85184

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor	
08/04/2021	08/04/2021	6446863000000		3427923	6446863	DAVI MATIAS GON LIMA	CLINICA DE ESPECIA	56.50

Total : 1 56,50

Total Geral : 1 56,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 6446863000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia
6 - Data de Validade da Sentia
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
8 - Número da Carteira
4362451
9 - Validade da Carteira
31/12/2021
10 - Nome
DAVI MATIAS GON LIMA
11 - Número do Cartão Nacional de 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
WESLEY GUIDI SECCO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
1
22 - Data da Solicitação
08/04/2021
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - QI.Solic.
28 - QI.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 08/04/2021 16:49 16:49 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREC
42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
1.0 56.50 56.50

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 WESLEY GUIDI SECCO
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - Ur. 55 - Código CBO
06 23975 41 225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
56.50
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00
61 - Total de Materiais (R\$)
0.00
62 - Total de OPME (R\$)
0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00
65 - Total Geral (R\$)
56.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

000000000

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

2 - Nº Guia no Prestador **6446863**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI MATIAS GON LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de 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
WESLEY GUIDI SECCO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
23975

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
08/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - QI Solic.
1

28 - QI Autoriz.
0

Dados do Contratante

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
31 - H: Inicial 38 - H: Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qide, 43 - Via, 44 - Tão

45 - % Red / Aceito, 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seg. Red.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - 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 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

Impresso por: IDSALVES

Data/Hora: 08/04/2021 16:57:22

Criado por: M4420193

Atendimento: 6446863

Convênio: CLINICA ARVENISTIA - CLAC



64 468 63

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**Aluno:** Davi Matias Gon Lima**Nº da Carteira:** 4.36.2451**Instituição:** Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F**Data de Nascimento:** 31/03/2011**Nº da Guia:** 3268.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/03/2021	17:23:00	Ginásio	Deslocamento interno

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

Descrição
Aluno tropeçou em uma carteira na quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roger	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisele	29/03/2021

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

Motivo do Retorno
Retorno de atendimento

Ass.:

Secretaria Zona 07

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