



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

Número **18.328**
Código verificação **733-EC7-A53**
Emitido em **13/05/2021 16:08:51**



RPS Nº 18268 Série F de 13/05/2021 Lote 270365

Prestador de Serviços

Bom Samaritano
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: (41) 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\$ 100,00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 166,46 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 71,28 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92,00 |
ISS (%) 2.00 R\$ 8,59 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e R\$ 429,74

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	429,74	2,00	8,59
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	429,74	05/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

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

Remessa: **85180** Competência: **05/2021** Entrega: **15/05/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85180

Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
29/03/2021	29/03/2021	6435804000000		3415003	6435804	DAVI MATIAS GON LIMA PRONTO SOCORRO	429,74

Total : 1 429,74

Total Geral : 1 429,74

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

2 - Nº Guia no Prestador: 6435804000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4362451

31/12/2021

DAVI MATIAS GON LIMA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

06

28684

41

225270

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

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz

2

29/03/2021

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

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

04

9

1

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 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

1	29/03/2021	18:30	18:30	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001	1.0	35.64	35.64
2	29/03/2021	18:30	18:30	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001	1.0	35.64	35.64
3	29/03/2021	18:32	18:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0	100.00	100.00
4	29/03/2021	18:32	18:32	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001	1.0	92.00	92.00

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CHO

3	12	23876304000112	PLANTAO SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225125
4	12	23876304000112	PLANTAO SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225125

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

263.28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

166.46

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total de Outros (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Outros (R\$)

70 - Total de Outros (R\$)

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

FATURAMENTO

429.74

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES							
000000	6435804000000	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230							
3 - Código na Operadora 23876304000112										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Cide.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	29/03/2021	18:03:00	a	18:03:00	00	0000045676				
20 - Descrição:	ATADURA GESSADA 20 CM	18:03:00		19	70034710	3	036	1.00	34.42	103.26
20 - Descrição:	ATADURA CREPE 20CMX1,8MT 13FIOS NBR14056	18:03:00		19	70034710	3	036	1.00	13.63	40.89
20 - Descrição:	Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 20cm x 1,0	18:03:00		19	70034710	3	036	1.00	7.43	22.31

21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	166.46	0.00	0.00	0.00	166.46

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 19/05/2021 14:35:23

Conta/Lote: 3415003

Atendimento: 6435804

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3415003

2 - N° Guia no Prestador **6435804**

1 / 1

6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

N

Samuel

Chido
MAIL TRAIN MATO
EKM-PR 28.684 111

031 - Código CNES

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

1

52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

[illegible]65 - Total Geral (R\$)00 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 6435804

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nr. Guia Principal
3268

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4362451

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI MATIAS GON LIMA

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
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR-28.884 /// TEOT 15284

Dados da Solicitação / Procedimento e Exams Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
26 - Descrição
27 - QI Solic
28 - QI Autoriz

1	22	30711029	Imobilizacao de membro inferior	1	0
2	22	30728134	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent	1	0

Dados do Contratado Enunciante

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 do Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final

39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlur
43 - Via
44 - Tec

45 - % Real / Acrec

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) 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

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

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: CRLS/LVA

Data/Hora: 29/03/2021 20:07:05

Controlador: 6435804

Atendimento: 6435804

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador **3268**

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 Emitido pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAVI MATIAS GON LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4362451

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOYCE APARECIDA F. DE MELO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39294

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Samaritana
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.884 / 11/10/15-15284

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.
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 Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exatidão / 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 - Têc.

45 - % Real / Acrec.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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

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 - 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: RETRASSI

Data/Hora: 29/03/2021 18:04:02

Confecção: 6435804

Atendimento: 6435804

Convenção: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6435804

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data da Ocorrência	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 troçou 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

Observações

Atendimento pelo monitor e professor de sala.

Ass.: _____

Francielle do Amaral Cruz

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