



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

Número **18.329**
Código verificação **602-553-B35**
Emitido em **13/05/2021 16:12:43**



RPG Nº 18269 Série F de 13/05/2021 Lote 270368

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, Bigorritinho**
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

85178

Total Geral : 1 56,50

2 - Nº Guia no Prestador **6436998000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização	5 - Senha										
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 114101	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome RENAN MARTINS MOREIRA	6 - Data de Validade da Senha			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
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 da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 30/03/2021		23 - Indicação Clínica								
24 - Tabela											
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial											
26 - Descrição											
27 - QI Solic.											
28 - QI Autoriz.											

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
05	9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	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
01	02	03	04	05	06	07	08	09	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	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	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	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	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	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	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	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	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																								

100

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr. 46-Valor Unitário 47-Valor Total

100

1.0

56.50

56.50

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

	50-Cod na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Numero no Conselho	54-UF	55-Código CBO
no seq. rel.	49-Gr. Part					
1	12	23876304000112	DIOGENES EMANUEL DE CARVALHO JUNIOR			

10

PROCEEDINGS OF THE CARVALHO JOURNAL

90

28801

41

225270

50- Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	3- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
2- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	4- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	5- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	6- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	7- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	8- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	9- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	10- <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
88- Observação / Justificativa	

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - A 100% de capital de SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

CNPJ: 23.874.304/0001-12

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 13/05/2021 14:35:07

Contact/Lote: 3438197

Atendimento: 6436908

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

FATURAMENTO

3130107

ANDA

643697

1 / 1

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

12 - Atendimento a RN

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23 - Indicação Clínica

27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz
1	0

Dr. Digne et al.

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - Alde. 43 - Via 44 - Téc

45 - % Red / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)52 - Conselho Profissional53 - Número no Conselho54-116 64-66496 CPO64 - Coding CPC

5- 

6- 

[illegible][illegible]

50 - Total de taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)64 - Total Gases Medicinale /PCE

EE Total Coal/Day

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Renan Martins Moreira
Nº da Carteirinha: 11.4.101
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 25/02/2000

Nº da Guia: 2223.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/02/2021	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno refere que estava jogando vôlei. Quando foi cortar a bola refere que ao cair com pé de apoio, bateu muito forte ao chão, ocorrendo uma lesão no joelho esquerdo. Referindo muita dor e dificuldade ao se movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno	(44) 99751-6623

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	04/02/2021

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

Motivo do Retorno

O aluno está sendo encaminhado para o retorno a pedido médico.

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