



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

Número **18.330**
Código verificação **904-B5F-A36**
Emitido em **13/05/2021 16:13:27**



RPS Nº 18270 Série F de 13/05/2021 Lote 270371

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@samaritanaude.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>

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

Remessa: **85177** Competência: **05/2021** Entrega: **15/05/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

85177

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
04/04/2021	28/04/2021	6467933000000		3432496	6467933	GABRIELA ROSENILDA DA SILVA 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 6467933000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Sentença

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

1141579

01/01/2023

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

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

ANDRE ALBERTI CASADEI

06

38632

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

28/04/2021

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Executor

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

48 - Qlde. 49 - Via 50 - Têc. 51 - Fator R/Acr 52 - Valor Unitário 53 - Valor Total

54 - Qlde. 55 - Via 56 - Têc. 57 - Fator R/Acr 58 - Valor Unitário 59 - Valor Total

60 - Qlde. 61 - Via 62 - Têc. 63 - Fator R/Acr 64 - Valor Unitário 65 - Valor Total

66 - Qlde. 67 - Via 68 - Têc. 69 - Fator R/Acr 70 - Valor Unitário 71 - Valor Total

72 - Qlde. 73 - Via 74 - Têc. 75 - Fator R/Acr 76 - Valor Unitário 77 - Valor Total

78 - Qlde. 79 - Via 80 - Têc. 81 - Fator R/Acr 82 - Valor Unitário 83 - Valor Total

84 - Qlde. 85 - Via 86 - Têc. 87 - Fator R/Acr 88 - Valor Unitário 89 - Valor Total

90 - Qlde. 91 - Via 92 - Têc. 93 - Fator R/Acr 94 - Valor Unitário 95 - Valor Total

96 - Qlde. 97 - Via 98 - Têc. 99 - Fator R/Acr 100 - Valor Unitário 101 - Valor Total

1 28/04/2021 14:12

14:12

22

10101012

CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREB

001

56,50

56,50

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

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

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

56 - Qlde. 57 - Via 58 - Têc. 59 - Fator R/Acr 60 - Valor Unitário 61 - Valor Total

62 - Qlde. 63 - Via 64 - Têc. 65 - Fator R/Acr 66 - Valor Unitário 67 - Valor Total

68 - Qlde. 69 - Via 70 - Têc. 71 - Fator R/Acr 72 - Valor Unitário 73 - Valor Total

74 - Qlde. 75 - Via 76 - Têc. 77 - Fator R/Acr 78 - Valor Unitário 79 - Valor Total

80 - Qlde. 81 - Via 82 - Têc. 83 - Fator R/Acr 84 - Valor Unitário 85 - Valor Total

86 - Qlde. 87 - Via 88 - Têc. 89 - Fator R/Acr 90 - Valor Unitário 91 - Valor Total

92 - Qlde. 93 - Via 94 - Têc. 95 - Fator R/Acr 96 - Valor Unitário 97 - Valor Total

98 - Qlde. 99 - Via 100 - Têc. 101 - Fator R/Acr 102 - Valor Unitário 103 - Valor Total

104 - Qlde. 105 - Via 106 - Têc. 107 - Fator R/Acr 108 - Valor Unitário 109 - Valor Total

110 - Qlde. 111 - Via 112 - Têc. 113 - Fator R/Acr 114 - Valor Unitário 115 - Valor Total

1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

41

225270

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

58 - Qlde. 59 - Via 60 - Têc. 61 - Fator R/Acr 62 - Valor Unitário 63 - Valor Total

64 - Qlde. 65 - Via 66 - Têc. 67 - Fator R/Acr 68 - Valor Unitário 69 - Valor Total

70 - Qlde. 71 - Via 72 - Têc. 73 - Fator R/Acr 74 - Valor Unitário 75 - Valor Total

76 - Qlde. 77 - Via 78 - Têc. 79 - Fator R/Acr 80 - Valor Unitário 81 - Valor Total

82 - Qlde. 83 - Via 84 - Têc. 85 - Fator R/Acr 86 - Valor Unitário 87 - Valor Total

88 - Qlde. 89 - Via 90 - Têc. 91 - Fator R/Acr 92 - Valor Unitário 93 - Valor Total

94 - Qlde. 95 - Via 96 - Têc. 97 - Fator R/Acr 98 - Valor Unitário 99 - Valor Total

100 - Qlde. 101 - Via 102 - Têc. 103 - Fator R/Acr 104 - Valor Unitário 105 - Valor Total

106 - Qlde. 107 - Via 108 - Têc. 109 - Fator R/Acr 110 - Valor Unitário 111 - Valor Total

112 - Qlde. 113 - Via 114 - Têc. 115 - Fator R/Acr 116 - Valor Unitário 117 - Valor Total

118 - Qlde. 119 - Via 120 - Têc. 121 - Fator R/Acr 122 - Valor Unitário 123 - Valor Total

1 - - - - - 3 - - - - - 5 - - - - - 7 - - - - - 9 - - - - -

2 - - - - - 4 - - - - - 6 - - - - - 8 - - - - - 10 - - - - -

59 - 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 Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador **6467933**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

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

06 38632

17 - Número no Conselho

41 225270

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

1 30/04/2021

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cida.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

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

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

28 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Manutenção (R\$)

62 - Total do 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: NBERLINE

Data/Hora: 30/04/2021 09:10:19

Controle: 6467933

Atendimento: 6467933

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6467933

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela Rosenilda da Silva Sousa

Nº da Carteirinha: 11.4.1579

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 10/06/2001

Nº da Guia: 2229.005



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	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	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	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

Motivo do Retorno

A aluna está sendo encaminhada para o retorno, para a entrega de exames (ressonância magnética) para o dia 28/04/2021 às 14:45.

Ass.:

Célia T. D. da Silva

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Dr. André Alberti Casella
Bordador Traumatológico
CRM-PR 38.652
Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

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