



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

Número **19.055**
Código verificação **826-FF0-19F**
Emitido em **15/06/2021 12:53:01**



RPS Nº 18995 Série F de 15/06/2021 Lote 273053

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@santaritasaude.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, Bigorralho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

CEP: 80.730-070
Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 73,44 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 119,60 | ISS (%) 2.00 R\$ 5.86 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 293,04

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	293,04	2,00	5,86
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	293,04	06/2021	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: **85669** Competência: **06/2021** Entrega: **07/06/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal

85669

Período								
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
08/05/2021	08/05/2021	3340		3455817	6480699	ANA CAROLINE MARTINS CAR'PRONTO SOCORRO		293,04
Total : 1								293,04
Total Geral : 1								293,04

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6480699000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 07/06/2021 5 - Senha 3340 6 - Data de Validade da Senha 3340 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 114830 9 - Validade da Carteira 01/01/2025 10 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO 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 SAMUEL MACHADO 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 28684 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 07/06/2021 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato 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.	38 - Hr.	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	08/05/2021	23:05	23:05	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.3	100.00
2	08/05/2021	23:07	23:07	22	RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)	001				1.0	36.72
3	08/05/2021	23:20	23:20	22	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - REDUCCAO INC	001				1.3	119.60
4	08/05/2021	23:23	23:23	22	RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)	001				1.0	36.72

Identificação do(s) Profissional(is) 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 CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 293.04 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 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 293.04

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 293.04

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **648069901**

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data Validade da Sentin

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

114830

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

01062326148

14 - Nome do Contratado

SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / HFT 15.284

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/05/2021

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

011003001001039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic.

1

28 - QI Autoriz.

0

Dados do Contratado Excitante

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 das Exercícios / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 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/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 de Materiais (R\$)

62 - Total de CPWF (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MADESOLOZA

Data/Hora: 08/05/2021 23:05:05

Controlador: 6480699

Atendimento: 6480699

Convênio: INST ADVERTIS-TALAP

6480699

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

2 - Nº Guia no Prestador 6480699

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura de Samuel Machado

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

08/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

30717094

Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - redução incruenta - em articula

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

37 - Hr. Inicial

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Aceisc.

46 - 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

54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

59 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

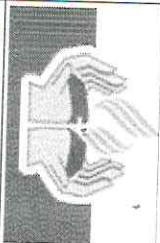
Data/Hora: 08/05/2021 23:43:16

Controlador: 6480699

Atendimento: 6480699

Convênio: INST. ADVERTISTA-AP





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

2 - Nº Guia no Prestador 6480699

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
114830

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

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
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado
CRM-PR 28.084 / IITOT 43.84

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
08/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803074

26 - Descrição
RX - Articulacao escapulo[omera]l (ombro)

27 - Ql. Solic.
2

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Específico

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

31 - Código CIES
9365230

Dados da Execução / 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 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

101- 102- 103- 104- 105- 106- 107- 108- 109- 110-

111- 112- 113- 114- 115- 116- 117- 118- 119- 120-

121- 122- 123- 124- 125- 126- 127- 128- 129- 130-

131- 132- 133- 134- 135- 136- 137- 138- 139- 140-

141- 142- 143- 144- 145- 146- 147- 148- 149- 150-

151- 152- 153- 154- 155- 156- 157- 158- 159- 160-

161- 162- 163- 164- 165- 166- 167- 168- 169- 170-

171- 172- 173- 174- 175- 176- 177- 178- 179- 180-

181- 182- 183- 184- 185- 186- 187- 188- 189- 190-

191- 192- 193- 194- 195- 196- 197- 198- 199- 200-

201- 202- 203- 204- 205- 206- 207- 208- 209- 210-

211- 212- 213- 214- 215- 216- 217- 218- 219- 220-

221- 222- 223- 224- 225- 226- 227- 228- 229- 230-

231- 232- 233- 234- 235- 236- 237- 238- 239- 240-

241- 242- 243- 244- 245- 246- 247- 248- 249- 250-

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 08/05/2021 23:41:52

Contat.Loc: 6480699

Atendimento: 6480699

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Caroline Martins Carvalho

Nº da Carteira: 11.4.830

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 28/10/1999

Nº da Guia: 3340



CLAC

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2021	22:04:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Em jogo de futsal, ao defender a bola fez movimento de rotação com ombro Direito. Possível luxação de MSD. Apresenta deformidade. SIC, relata que já é a terceira vez que ocorre luxação no mesmo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	08/05/2021

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

Observações

Aluna interna encaminhada para avaliação médica.

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br