



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

Número **19.056**
Código verificação **1CC-5CB-DB8**
Emitido em **15/06/2021 12:54:58**



RPS Nº 18996 Série F de 15/06/2021 Lote 273056

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, Bigorilho**
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\$ 15,99 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 35,64 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 10,50 |
ISS (%) 2.00 R\$ 3.24 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 162,13

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	162,13	2,00	3,24
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	162,13	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>

85670

Total : 1	162,13
Total Geral : 1	162,13

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

2 - Nº Guia no Prestador 6498505000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
24/05/2021

5 - Semha

3381

6 - Data de Validade da Semha

3381

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4362422

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome

DAVI COLOMBO FRANCISCO

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
24/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Excusante

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	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 24/05/2021	11:02	11:02	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.00	100.00
2 24/05/2021	11:28	11:28	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001				35.64	35.64
3 24/05/2021	11:39	11:39	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1	1		10.50	10.50

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

48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
1	12	23876304000112	SAMUEL MACHADO
3	12	23876304000112	PLANTAO SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
06	28684	41	225270
06	28684	41	225123

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\$)
146.14

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
15.99

62 - Total de CPWE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		3381								
Dados do Contrato Específico										
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
5 - Código CINES		9365230								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material	24/05/2021	11:02:51	a	11:02:51	19	70034664	1	036	1.00	3.72
20 - Descrição: Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 10cm x 1,8										
5 - 03	24/05/2021	11:02:51		11:02:51	19	7898632	1	036	1.00	12.27
20 - Descrição: ATADURA CREPE ESTERIL 10CM CYSNE 10CMX1,8M 370553										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	15.99	0.00	0.00	0.00	15.99

Impresso por: AMSOUZA

Data/Hora: 07/06/2021 17:39:46

Contat.Lote: 3455820

Atendimento: 6498505

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3455820



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

2 - Nº Guia no Prestador 3381

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
3381

4 - Data de Autorização

5 - Sinhu

6 - Data Validade da Sinhu

7 - Número da Guia Auxiliar para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAVI COLOMBO FRANCISCO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

4362422

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
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação - Processamentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
24/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1 22 40803120
2 22 30711311
26 - Descrição
RX - Mão ou quiodactilo
Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1 1
0 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 (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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 - Tec

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) 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

54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 56 - 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 -

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 Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMM/CRA/S

Data/Hora 24/05/2021 12:19:30

Contatado: 6408505

Atendimento: 6408505

Convênio: INST ADVENTISTA/JP

64.985,05

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Colombo Francisco

Nº da Carteira: 4.36.2422

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 20/03/2017

Nº da Guia: 3381



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2021	10:19:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Prendeu dedo na porta	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno prendeu dedo na porta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roberta Kelli	(44) 99827-3158
Gisele	(44) 99991-1032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisele	24/05/2021

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

Observações
Aluno foi atendido pela monitora imediatamente.

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br