



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

Número **19.058**  
 Código verificação **F8A-10A-B1A**  
 Emitido em **15/06/2021 13:04:23**



RPS Nº 18998 Série F de 15/06/2021 Lote 273062

**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: (41) 3041-7312



**Tomador de Serviços**

CNPJ: **15.116.763/0004-12**  
 Razão Social: **INSTITUCAO 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\$ 56,50 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 10,46 | MEDICAMENTOS R\$ 39,34 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 42,00 | TAXAS R\$ 69,32 | ISS (%) 2.00 R\$ 4.35 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

**Valor Total da NFS-e**

**R\$ 217,62**

**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	217,62	2,00	4,35
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	217,62	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: **85672** Competência: **06/2021**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**  
Nota Fiscal

Entrega: **07/06/2021**

**\*85672\***

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
Início	Termino						
06/05/2021	06/05/2021	3299004		3435910	6478020	JENNYFFER NOVELI DA SILVA CLINICA DE ESPECIA	217,62
Total : 1							217,62
Total Geral : 1							217,62

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

2 - Nº Guia no Prestador 6478020000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
06/05/2021

5 - Série

3299004

6 - Data de Validade da Série

3299004

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
1141276

9 - Validade da Carteira  
30/12/2022

10 - Nome  
JENNYFFER NOVELLI DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

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 Exams Solicitados

21 - Carteira do Atendimento  
1

22 - Data da Solicitação  
06/05/2021

23 - Indicação Clínica

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

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  
04

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta  
2

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Ql.cda.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	06/05/2021	09:47	09:47	22	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1	1,0	56,50
2	06/05/2021	09:47	09:47	22	PUNÇÃO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFTL	001			1	1,0	42,00

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
98,50

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
69,32

61 - Total de Materiais (R\$)  
10,46

62 - Total de OPME (R\$)  
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
39,34

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
28684

65 - Total Geral (R\$)  
225270

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado  
CNPJ: 28.876.304/0001-12  
**FATURAMENTO**



## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS **000000**      2 - Número da Guia Referenciada **3299004**

3 - Código na Operadora **23876304000112**      4 - Nome do Contratado **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A**

5 - Código ONES **9365230**

**Despesas Realizadas**

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante									
3 -	03	06/05/2021	09:47:00	a	09:47:00	19	70014337		1.06	1.06
20 -	Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 30 X 7 / 0.70 X 30 / 22G 1 1/4									
4 -	03	06/05/2021	09:47:00		09:47:00	19	70014370		1.36	1.36
20 -	Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2									
5 -	03	06/05/2021	09:47:00		09:47:00	19	70705321		2.80	2.80
20 -	Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)									
6 -	03	06/05/2021	09:47:00		09:47:00	19	78246911		2.40	4.80
20 -	Descrição: LUVA PARA PROCEDIMENTOS NAO CIRURGICOS COM PO DESCARPAC									
7 -	03	06/05/2021	09:47:00		09:47:00	19	78340985		0.44	0.44
20 -	Descrição: Compressa de gaze absorvente									
8 -	02	06/05/2021	09:47:00		09:47:00	20	90388925		39.34	39.34
20 -	Descrição: DIPROSPAN 1ML INJ AMP									
9 -	07	06/05/2021	09:47:33		09:47:33	18	60000465		69.32	69.32
20 -	Descrição: TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS									

21 - Total de Gaze 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 Dínhas (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	39.34	10.46	0.00	69.32	0.00	119.12

Impresso por: AMSOUZA

Data/Hora: 14/06/2021 09:40:29

Central/Doc: 3435910

Atendimento: 6478020

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*3435910\*







# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Jennyffer Noveli da Silva  
**Nº da Carteira:** 11.4.1276  
**Instituição:** IAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 04/05/1998

**Nº da Guia:** 3299.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/03/2021	16:00:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

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

## Descrição

Aluna interna relata que estava participando de uma atividade recreativa (promovida pela direção interna) em uma carrocinha que era puxada por um bugue, quando o motorista perdeu o controle, bateu na curva e a carrocinha caiu em cima de seu tornozelo e pé esquerdo.

## Testemunha da ocorrência

Rafaela

## Telefone

(44) 99940-2893

## Quem prestou primeiros socorros

Gilberto

## Data

28/03/2021

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

## Motivo do Retorno

A aluna está retornando ao medico para entrega de exames no dia 06/05 2021. Ressonância Magnética

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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

5/05/2021

6478020



PRESCRIÇÃO.: 5904916 DATA: 06/05/2021 10:16  
USUÁRIO....: SMACHADO  
ATENDIMENTO: 6478020 DT NASC: 04/05/1998 (23A 0M 3D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 521587 - JENNYFFER NOVELI DA SILVA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/05/2021 09:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:  
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		INFILTRACAO OU PUNCAO ARTICULAR	1			[06/05]	. 10:16

SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28684

Samuel Machado  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 - FEOT 15284

Aguardando autorização  
adventista



