



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

Número **19.060**
Código verificação **D24-24C-EDB**
Emitido em **15/06/2021 13:08:47**



RPS Nº 19000 Série F de 15/06/2021 Lote 273068

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, Bigorriho**
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\$ 35,64 | ISS (%) 2.00 R\$ 2.71 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 135,64

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	135,64	2,00	2,71
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	135,64	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>

Remessa: 85673 Competência: 06/2021
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Nota Fiscal

85673

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
Início	Termínio							
04/05/2021	04/05/2021	3326		3434625	6475296	BENJAMIN GARCIA MEDEIRO	PRONTO ATEND PEL	135,64
							Total : 1	135,64
							Total Geral : 1	135,64

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

2. Nº Guia no Prestador 6475296000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
04/05/2021

5 - Senha
3326

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
3326

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4315336

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
BENJAMIN GARCIA MEDEIROS

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
PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
04/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9366230

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
1 04/05/2021 18:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 04/05/2021 18:48 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 100,00 100,00
001 35,64 35,64

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38632 41 225270

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 135,64 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 - HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12 135,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

FATURAMENTO

Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador 3326

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Numero da Carteira 4315336		9 - Validade da Carteira		10 - Nome BENJAMIN GARCIA MEDEIROS		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N							

Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Numero no Conselho 38632	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/05/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22		26 - Descrição Consulta em pronto socorro	
27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.			
29 - Ql. Solic.		30 - Ql. 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		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 - Tdc.		45 - % Red / Acres.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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 - Numero no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
---	--	----------------	--	---------------	--	------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--

56 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Material (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicina (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
--------------------------------	--	--------------------------------------	--	------------------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------------	--	---------------------------------	--	------------------------	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--

Impresso por: HCAZAROTO

Data/Hora: 04/05/2021 17:57:42

Consultar: 6475296

Atendimento: 6475296

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6475296

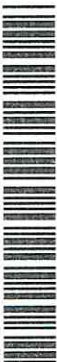
Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador 16475296

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 3326		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 4315336	9 - Validade da Carteira	10 - Nome BENJAMIN GARCIA MEDEIROS	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 PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 06
21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/05/2021	23 - Indicação Clínica	24 - UF 41
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 40803120	26 - Descrição RX - Mao ou quirodactilio	27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
Dados do Contatado Executor			
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 - Têc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
59 - Observação / Justificativa			
60 - Total de Procedimentos (R\$)			
61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
62 - Total de OPMs (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Medicináveis (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
Impresso por: TCFREITAS			
Data/Hora: 04/05/2021 22:22:41			
Contatado: 6475296			
Atendimento: 6475296			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC			



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamin Garcia Medeiros
Nº da Carteirinha: 4.31.5336
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 29/10/2016

Nº da Guia: 3326

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/05/2021	17:19:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Prensou a mão entre a carteira e a parede

Partes do corpo

2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

aluno prensou o a mão entre a parede e a carteira

Testemunha da ocorrência

Juliana Massarin

Telefone

(32) 24-3073

Quem prestou primeiros socorros

Escarlet Estela

Data

04/05/2021

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

Observações

A mãe é funcionária e a mesma o acompanhará ao Hospital

Ass.:

Valdeir V. Almeida

Valdeir Vieira De Almeida

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