



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

Número **19.061**  
Código verificação **A91-373-8A7**  
Emitido em **15/06/2021 13:12:02**



RPS Nº 19001 Série F de 15/06/2021 Lote 273071

**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\$ 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   | Aliquota (%)      | 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             | 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>

**\*85674\***

| Período    |            | Guia TISS | Guia | Nr.Conta | Atendimento |                                                     | Origem          | Valor |
|------------|------------|-----------|------|----------|-------------|-----------------------------------------------------|-----------------|-------|
| Início     | Termo      |           |      |          |             |                                                     |                 |       |
| 22/04/2021 | 22/04/2021 | 3299001   |      | 3455785  | 6460681     | JENNYFFER NOVELI DA SILVA CLINICA DE ESPECIALIZACAO |                 | 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 6460681000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
22/04/2021

5 - Sentença

3299001

6 - Data de Validade da Sentença

3299001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141276

9 - Validade da Carteira

30/12/2022

10 - Nome

JENNYFEER NOVELI DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

12 - Atendimento a RN

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 - Carteira do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

22/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição  
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic. 28 - 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

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 22/04/2021 08:28 08:28 22 10101012

CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREC

001

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

56.50

56.50

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

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

1 12 23876304000112

SAMUEL MACHADO

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

06

28684

41

225270

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\$)

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

FATURAMENTO



|                                                                                  |  |                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                       |  | 3 - Nr. Guia Principal                                                                                                   |  |
| 4 - Data de Autorização                                                          |  | 5 - Sentença                                                                                                             |  |
| 6 - Data Validade da Sentença                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                                                              |  |
| 8 - Número da Carteira<br>1141276                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>JENNYFFER NOVELI DA SILVA                                                                    |  |
| 10 - Nome<br>JENNYFFER NOVELI DA SILVA                                           |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                  |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                       |  |                                                                                                                          |  |
| Dados do Beneficiário                                                            |  |                                                                                                                          |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>SAMUEL MACHADO                          |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                         |  |
| 17 - Número no Conselho<br>28684                                                 |  | 18 - UF<br>41                                                                                                            |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Samuel Machado<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PR 28.684 / TEOT 15284 |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                 |  | 22 - Data de Solicitação<br>22/04/2021                                                                                   |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                           |  |                                                                                                                          |  |
| 24 - Tabela<br>1                                                                 |  | 25 - Código do Procedimento<br>1010102                                                                                   |  |
| 26 - Descrição<br>Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) |  | 27 - Ql. Solic.<br>1                                                                                                     |  |
| 28 - Ql. Autoriz.<br>0                                                           |  |                                                                                                                          |  |
| Dados do Contratado Excitante                                                    |  |                                                                                                                          |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                        |  |
| 31 - Código CNES<br>9365230                                                      |  |                                                                                                                          |  |
| Dados do Atendimento                                                             |  |                                                                                                                          |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                            |  | 33 - Indicação de 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 (para Profissional Excitante)                                      |  |                                                                                                                          |  |
| 48 - Seq. Ref.                                                                   |  | 49 - G. 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 Sítio                                 |  |                                                                                                                          |  |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                   |  |                                                                                                                          |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                  |  |                                                                                                                          |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                   |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                                                     |  |
| 61 - Total Taxas de Material (R\$)                                               |  | 62 - Total de OPME (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                                                    |  |                                                                                                                          |  |



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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

Data de Nascimento: 04/05/1998

Nº da Guia: 3299.001



| 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 | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Rafaela                  | (44) 99940-2893 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Gilberto                        | 28/03/2021 |

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

## Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico da aluna no dia 20/04/2021 terça-feira às 15:30.

Célia T. D. da Silva  
Enfermeira  
Coren/PR 000.602.977

Ass.: \_\_\_\_\_

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Samuel Machado  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28664 // TERT 15:44

**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