

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número	19.062	
	Código verificação	E25-A73-CD9	
	Emitido em	15/06/2021 13:13:02	

RPS Nº 19002 Série F de 15/06/2021 Lote 273074

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: 60.730-070
 Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 166,46 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 106,92 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92,00 | TAXAS R\$ 32,00 | | ISS (%) 2.00 R\$ 9.95 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 497,38

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	497,38	2,00	9,95
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	497,38	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: **85675** Competência: **06/2021** Entrega: **07/06/2021** ***85675***
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal

Período							
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
22/04/2021	22/04/2021	3302		3455793	6460626	EZEQUIEL DE AZEVEDO CARB PRONTO SOCORRO	497,38
						Total : 1	497,38
						Total Geral : 1	497,38

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

2 - Nº Guia no Prestador 6460626000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
07/06/2021

5 - Sembr

3302

6 - Data de Validade da Sembr

3302

8 - Número da Carteira
1141521

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
EZEQUIEL DE AZEVEDO CARBALLO

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Nome do Solicitante
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. 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 (golpe ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 22/04/2021	08:36	08:36	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				100.00	100.00
2 22/04/2021	08:45	08:45	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001				35.64	35.64
3 22/04/2021	08:45	08:45	22	40804097	RX - PE OU PODOCAITIO	001				35.64	35.64
4 22/04/2021	08:55	08:55	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001				35.64	35.64
5 22/04/2021	08:59	08:59	22	30728118	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - RED	001	1	1		92.00	92.00

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

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI
5 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
298.92

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
32.00

61 - Total de Materiais (R\$)
166.46

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Assinatura do Contratado

65 - Total Geral (R\$)
5497.38

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

Despesas Realizadas

3455793



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

2 - Nº Guia no Prestador **3302**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1141621

EZEQUIEL DE AZEVEDO CARBALLO

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

ANDRE ALBERTI CASADEI

6

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Quantidade

28 - QI Autoriz

2

22/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Quantidade

28 - QI Autoriz

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Quantidade

28 - QI Autoriz

29 - QI Autoriz

30 - QI Autoriz

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Quantidade

28 - QI Autoriz

29 - QI Autoriz

30 - QI Autoriz

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNEB

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEB

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

42 - QI de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Unitário (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Valor Total (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Valor Total (R\$)

63 - Valor Total (R\$)

64 - Valor Total (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

66 - Valor Total (R\$)

67 - Valor Total (R\$)

68 - Valor Total (R\$)

69 - Valor Total (R\$)

70 - Valor Total (R\$)

71 - Valor Total (R\$)

72 - Valor Total (R\$)

73 - Valor Total (R\$)

74 - Valor Total (R\$)

75 - Valor Total (R\$)

75 - Valor Total (R\$)

76 - Valor Total (R\$)

77 - Valor Total (R\$)

78 - Valor Total (R\$)

79 - Valor Total (R\$)

80 - Valor Total (R\$)

81 - Valor Total (R\$)

82 - Valor Total (R\$)

83 - Valor Total (R\$)

84 - Valor Total (R\$)

85 - Valor Total (R\$)

85 - Valor Total (R\$)

86 - Valor Total (R\$)

87 - Valor Total (R\$)

88 - Valor Total (R\$)

89 - Valor Total (R\$)

90 - Valor Total (R\$)

91 - Valor Total (R\$)

92 - Valor Total (R\$)

93 - Valor Total (R\$)

94 - Valor Total (R\$)

95 - Valor Total (R\$)

95 - Valor Total (R\$)

96 - Valor Total (R\$)

97 - Valor Total (R\$)

98 - Valor Total (R\$)

99 - Valor Total (R\$)

100 - Valor Total (R\$)

101 - Valor Total (R\$)

102 - Valor Total (R\$)

103 - Valor Total (R\$)

104 - Valor Total (R\$)

105 - Valor Total (R\$)

105 - Valor Total (R\$)

106 - Valor Total (R\$)

107 - Valor Total (R\$)

108 - Valor Total (R\$)

109 - Valor Total (R\$)

110 - Valor Total (R\$)

111 - Valor Total (R\$)

112 - Valor Total (R\$)

113 - Valor Total (R\$)

114 - Valor Total (R\$)

115 - Valor Total (R\$)

115 - Valor Total (R\$)

116 - Valor Total (R\$)

117 - Valor Total (R\$)

118 - Valor Total (R\$)

119 - Valor Total (R\$)

120 - Valor Total (R\$)

121 - Valor Total (R\$)

122 - Valor Total (R\$)

123 - Valor Total (R\$)

124 - Valor Total (R\$)

125 - Valor Total (R\$)

125 - Valor Total (R\$)

126 - Valor Total (R\$)

127 - Valor Total (R\$)

128 - Valor Total (R\$)

129 - Valor Total (R\$)

130 - Valor Total (R\$)

131 - Valor Total (R\$)

132 - Valor Total (R\$)

133 - Valor Total (R\$)

134 - Valor Total (R\$)

135 - Valor Total (R\$)

135 - Valor Total (R\$)

136 - Valor Total (R\$)

137 - Valor Total (R\$)

138 - Valor Total (R\$)

139 - Valor Total (R\$)

140 - Valor Total (R\$)

141 - Valor Total (R\$)

142 - Valor Total (R\$)

143 - Valor Total (R\$)

144 - Valor Total (R\$)

145 - Valor Total (R\$)

145 - Valor Total (R\$)

146 - Valor Total (R\$)

147 - Valor Total (R\$)

148 - Valor Total (R\$)

149 - Valor Total (R\$)

150 - Valor Total (R\$)

151 - Valor Total (R\$)

152 - Valor Total (R\$)

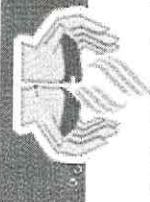
153 - Valor Total (R\$)

154 - Valor Total (R\$)

155 - Valor Total (R\$)

155 - Valor Total (R\$)

156 - Valor Total (R\$)



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

2 - Nº Guia no Prestador 6460626

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

1141521

EZEQUIEL DE AZEVEDO CARBALLO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

6

38632

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

23/04/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

Fraturas e/ou luxações ao nível do tornozelo - redução incruenta

2

30711029

Imobilização de membro inferior

1

0

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CIES

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 - Qtd. 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 operador/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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

11 - L

12 - L

13 - L

14 - L

15 - L

59 - Observação / Justificativa

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 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: 23/04/2021 03:21:43

Conta/Lote: 6460626

Atendimento: 6460626

Convênio: INST ADVENTISTA-LAP





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

2 - Nº Guia no Prestador 6460626

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 Atrelado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

EZEQUIEL DE AZEVEDO CARBALLO

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilio
RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

27 - Qt. Solic.
1 0
2 0

28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora

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 Exams Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Téc.

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 operador/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

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 -

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 Gases Medicinais (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: 23/04/2021 03:20:24

Controle: 6460626

Atendimento: 6460626

Conteúdo: INST ADVENTISTA-LAP



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ezequiel de Azevedo Carballo

Nº da Carteirinha: 11.4.1521

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 05/10/1999

Nº da Guia: 3302



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/04/2021	01:20:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluno interno em atividade recreativa no ginásio. SIC o mesmo pulou e quando caiu sentiu luxação de MIE em região maleolar lateral próximo à fíbula. Ao realizar avaliação, refere dor intensa, dificuldade em movimentar o membro e apresenta edema 3+/4+.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	21/04/2021

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

Observações

Membro imobilizado com tala e orientado sobre encaminhamento para avaliação médica durante o dia.

Ass.: Ac

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