



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

Número **19.063**
Código verificação **3E4-D2B-C33**
Emitido em **15/06/2021 13:14:16**



RPS Nº 19003 Série F de 15/06/2021 Lote 273077

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@santaritasauade.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

RESSONANCIA MAGNETICA R\$ 700,88 | ISS (%) 2.00 R\$ 14.02 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 700,88

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	700,88	2,00	14,02
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	700,88	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: **85676** Competência: **06/2021**

Entrega: **07/06/2021**

85676

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
26/04/2021	26/04/2021	3299002		3429227	6465069	JENNYFFER NOVELI DA SILVA RESSONANCIA MAGI	700,88

Total : 1

700,88

Total Geral : 1

700,88

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

2 - Nº Guia no Prestador 6465069000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/06/2021		5 - Sentin 3299002	
6 - Data de Validade da Sentin		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3299002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 1141276		9 - Validade da Carteira 30/12/2022	
10 - Nome JENNYFFER NOVELI DA SILVA		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 Exams Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 07/06/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
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	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/04/2021 15:24 15:24 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 700,88 700,88	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sd. 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 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 700.88		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 Honorários Médicos (R\$) 700.88	
65 - Total de Honorários de Marcação (R\$) 700.88		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

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

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

2 - Nº Guia no Prestador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
-----------------------------	--------------------------	------------------------

24 - Tabela

1- ☐	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd.
2- ☐	431013116			
3- ☐				
4- ☐				
5- ☐				

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	---	-----------------------	--

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- ☐	/	:	:								
2- ☐	/	:	:								
3- ☐	/	:	:								
4- ☐	/	:	:								
5- ☐	/	:	:								

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPM R\$	63 - Total 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
--	-------------------------------


Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.694 - TEOT 15284

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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

Data de Nascimento: 04/05/1998

Nº da Guia: 3299.002

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

A aluna está sendo encaminhada para a realização de ressonância magnética do tornozelo esquerdo, membro inferior, no dia 22/04/2021, conforme solicitação médica.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 802.977

Ass: _____

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 Julia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br