



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

Número **19.065**
Código verificação **26C-D59-CE1**
Emitido em **15/06/2021 13:16:46**



RPS Nº 19005 Série F de 15/06/2021 Lote 273083

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

FISIOTERAPIA R\$ 315,00 | ISS (%) 2.00 R\$ 6.30 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 315,00

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	315,00	2,00	6,30
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	315,00	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: **85763** Competência: **06/2021** Entrega: **14/06/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85763

Nota Fiscal

Período		Guia TISS		Guia		Nr.Conta		Atendimento		Origem	Valor
Início	Termino										
12/04/2021	12/04/2021	3268002				3459952	6449293	DAVI MATIAS GON LIMA	CLINICA DE FISIOTEF		315,00
										Total : 1	315,00
										Total Geral : 1	315,00

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

2 - Nº Guia no Prestador 6449293000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/04/2021		5 - Senha 3268002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3268002	
8 - Número da Carteira 4362451		9 - Validade da Carteira 31/12/2021	
10 - Nome DAVI MATIAS GON LIMA		11 - Número 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 BIANCA OLIVETTI WESTARB		16 - Conselho Profissional 05	
17 - Número no Conselho 297849		18 - UF 41	
19 - Código CBO 223605		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 12/04/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 03		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/04/2021 09:03 22 20103484 PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 010 1.0 31.50 315.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 10 .001 41 225320	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 315.00		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 dos Gases Médicos (R\$) 315.00	
65 - Total Geral (R\$) 315.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3268002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4362451

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI MATIAS GON LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
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
BIANCA OLIVETTI WESTARB

16 - Conselho Profissional
05

17 - Número no Conselho
297849

18 - UF
41

19 - Código CBO
223605

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
12/04/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
20103484

26 - Descrição
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO

27 - Qt. Solic.
10

28 - Qt. Autoriz.
0

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

33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Téc.

45 - % Rod / 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 operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em São Paulo 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total do 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

Impresso por: GSCIAVOLEIA

Data/Hora: 12/04/2021 10:37:43

Central.Cie 6446293

Atendimento: 6446293

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Davi Matias Gon Lima
Nº da Carteirinha: 4.36.2451
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 31/03/2011

Nº da Guia: 3268.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/03/2021	17:23:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno tropeçou em uma carteira na quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roger	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisele	29/03/2021

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

Davi Matias Gon Lima foi encaminhado para fisioterapia pelo Dr. Wesley Guidi Secco. CRM/PR 23975

Ass.: _____

Secretaria Zona 07

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

Dani matris fon Lmca

FST ni luno di mardo
+ fento di ADM e
propapau

5934

10 sum

Dr. Wesley Guidi Secco
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE JOINTOS
CRM/PR 26975