



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

Número **19.066**
Código verificação **022-B92-A81**
Emitido em **15/06/2021 13:17:25**



RPS Nº 19006 Série F de 15/06/2021 Lote 273086

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, Bigorrião**
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	Alíquota (%)	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>

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **85783** Competência: **06/2021** Entrega: **15/06/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85783

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
27/05/2021	27/05/2021	3344001		3460846	6503161	HOSSANA ISABELA LARISSA D CLINICA DE ESPECIA	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 6503161000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 15/06/2021		5 - Senha 3344001	
6 - Número da Carteira 114293		9 - Validade da Carteira 01/01/2025	
8 - Nome do Beneficiário HOSSANA ISABELA LARISSA DO NASCIMENTO		10 - Nome HOSSANA ISABELA LARISSA DO NASCIMENTO	
11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3344001		12 - Atendimento a RN N	

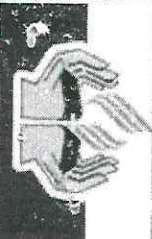
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 15/06/2021	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		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 1 27/05/2021 09:18 09:18 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE 001 1.0 56.50 56.50	

42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 06 28684 41 225270		48 - Bq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 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	
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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Profissional Solicitante	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	

3460846



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

2 - Nº Guia no Prestador 6503161

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 Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
114293

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HOSSANA ISABELA LARISSA DO NASCIMENTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

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

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Ex. - Dados

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 ou doença

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do 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 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)

48 - Seq. Prof.

49 - Gr. Prof.

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 Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data

59 - Hora

60 - Local

61 - Data

62 - Hora

63 - Local

64 - Data

65 - Hora

66 - Observação / Justificativa

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Data

69 - Hora

70 - Local

71 - Data

72 - Hora

73 - Local

74 - Data

75 - Hora

76 - Local

77 - Data

78 - Hora

79 - Local

80 - Data

81 - Hora

82 - Local

83 - Data

84 - Hora

85 - Local

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Data

88 - Hora

89 - Local

90 - Data

91 - Hora

92 - Local

93 - Data

94 - Hora

95 - Local

96 - Data

97 - Hora

98 - Local

99 - Data

100 - Hora

101 - Local

102 - Data

103 - Hora

104 - Local

Impresso por: TOBERTUNES

Data/Hora: 27/05/2021 08:20:00

Central de 6503161

Atendimento 6503161

Convênio: INST ADVENTISTA-AP



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Hossana Isabela Larissa do Nascimento

Nº da Carteirinha: 11.4.293

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 05/12/1997

Nº da Guia: 3344.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/05/2021	20:50:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna interna relata que estava jogando futsal no ginásio, ao atacar uma colega, a mesma pisou no pé da colega e a colega ao tirar o pé a mesma caiu de lado torcendo o tornozelo do membro inferior esquerdo. Apresenta edema e leve cianose. A aluna não consegue deambular, esta se movimentando com cadeira de rodas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 8270-3529

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

Retorno a pedido médico para o dia 27/05/2021 às 9:30.

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

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.694 / TEO 15.234

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