



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

Número **19.067**
Código verificação **4A0-2C5-0BB**
Emitido em **15/06/2021 13:18:30**



RPS Nº 19007 Série F de 15/06/2021 Lote 273089

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

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>

Remessa: **85784** Competência: **06/2021** Entrega: **15/06/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal

85784

Período						Origem	Valor
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		
10/06/2021	10/06/2021	3344003		3460847	6520730	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 6520730000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 15/06/2021	5 - Sentença 3344003	8 - Número da Carteira 114293	9 - Validade da Carteira 01/01/2025
10 - Nome HOSSANA ISABELA LARISSA DO NASCIMENTO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Atendimento a RN			
13 - Nome do Solicitante HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
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 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 15/06/2021			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 28 - Descrição ou Item Assistencial			
26 - Código do Procedimento 28 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
29 - Código na Operadora HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
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 2			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 10/06/2021 09:03 09:03 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREC			
42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 56.50 56.50			
48-Eq. 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 - Total de Gases Médicos (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			

2160847



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

2 - Nº Guia no Prestador **6520730**

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

HOSSANA ISABELA LARISSA DO NASCIMENTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

114293

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

01062326148

14 - Nome do Contratado

SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

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

10/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic.

1

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

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34

34 - Tipo de Consulta

35

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37

37 - Hr. Inicial

38

38 - Hr. Final

39

39 - Tabela

40

40 - Código do Procedimento

41

41 - Descrição

42

42 - Qtd. 43 - Via

44

44 - Têc.

45

45 - % Red. / Acresc.

46

46 - Valor Unitário (R\$)

47

47 - Valor Total (R\$)

48

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

49 - Seq. Ref.

50

50 - Código na operadora/CPF

51

51 - Nome do Profissional

52

52 - Conselho Profissional

53

53 - Número no Conselho

54

54 - UF

64

64 - Código CBO

65

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57

58

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59

59 - Tabela

60

60 - Código do Procedimento

61

61 - Descrição

62

62 - Qtd. 63 - Via

64

64 - Têc.

65

65 - % Red. / Acresc.

66

66 - Valor Unitário (R\$)

67

67 - Valor Total (R\$)

68

68 - Assinatura do Contratado

69

69 - Tabela

70

70 - Código do Procedimento

71

71 - Descrição

72

72 - Qtd. 73 - Via

74

74 - Têc.

75

75 - % Red. / Acresc.

76

76 - Valor Unitário (R\$)

77

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Taxas do Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Profissional

Impresso por: ACONATO

Data/Hora: 10/06/2021 09:25:13

Contat.cof: 6520730

Atendimento: 6520730

Convênio: INST.ADVENTISTA-AP

6520730

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Hossana Isabela Larissa do Nascimento
Nº da Carteira: 11.4.293
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 05/12/1997

Nº da Guia: 3344.003



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	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico durante período de fisioterapia. Dia 10/06/2021 às 09:00 horas da manhã quinta-feira.

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TETO 1584
Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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