



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

Número **19.068**
Código verificação **96F-B5B-0BC**
Emitido em **15/06/2021 13:19:41**



RPS Nº 19008 Série F de 15/06/2021 Lote 273092

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

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	Aliquota (%)	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>

85785

Total Geral : 1 56,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 6507714000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/06/2021

5 - Senha

3381001

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3381001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4362422

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
DAVI COLOMBO FRANCISCO

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
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27211

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

15/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Especialista

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 (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

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 31/05/2021 13:34 13:34 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE)

42 - Ql.cde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 56.50

Identificação do(s) Profissional(is) Especialist(a)

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 27211 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Site 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 OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total da Guia (R\$)

56.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

FATURAMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador 6507714

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
4362422

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI COLOMBO FRANCISCO

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
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
27211

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
31/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Ql.Solic.
1

28 - Ql.Autoriz.
0

Dados do Contratado Execuante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qlde. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / 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 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 - ☐ 20 - ☐

21 - ☐ 22 - ☐ 23 - ☐ 24 - ☐ 25 - ☐ 26 - ☐ 27 - ☐ 28 - ☐ 29 - ☐ 30 - ☐

31 - ☐ 32 - ☐ 33 - ☐ 34 - ☐ 35 - ☐ 36 - ☐ 37 - ☐ 38 - ☐ 39 - ☐ 40 - ☐

41 - ☐ 42 - ☐ 43 - ☐ 44 - ☐ 45 - ☐ 46 - ☐ 47 - ☐ 48 - ☐ 49 - ☐ 50 - ☐

51 - ☐ 52 - ☐ 53 - ☐ 54 - ☐ 55 - ☐ 56 - ☐ 57 - ☐ 58 - ☐ 59 - ☐ 60 - ☐

61 - ☐ 62 - ☐ 63 - ☐ 64 - ☐ 65 - ☐ 66 - ☐ 67 - ☐ 68 - ☐ 69 - ☐ 70 - ☐

71 - ☐ 72 - ☐ 73 - ☐ 74 - ☐ 75 - ☐ 76 - ☐ 77 - ☐ 78 - ☐ 79 - ☐ 80 - ☐

81 - ☐ 82 - ☐ 83 - ☐ 84 - ☐ 85 - ☐ 86 - ☐ 87 - ☐ 88 - ☐ 89 - ☐ 90 - ☐

91 - ☐ 92 - ☐ 93 - ☐ 94 - ☐ 95 - ☐ 96 - ☐ 97 - ☐ 98 - ☐ 99 - ☐ 100 - ☐

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Guia (R\$)

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: TDBERTUNES

Data/Hora: 31/05/2021 13:35:03

Condição: 6507714

Atendimento: 6507714

Convênio: INST.ADVENTISTA-AP



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Davi Colombo Francisco

Nº da Carteira: 4.36.2422

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 20/03/2017

Nº da Guia: 3381.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/05/2021	10:19:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Prendeu dedo na porta	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno prendeu dedo na porta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roberta Kelli	(44) 99827-3158
Gisele	(44) 99991-1032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisele	24/05/2021

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
Retorno para retirar curativo e avaliação.

Ass.:

Geaxmar F. Samalene

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