



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

Número **24.041**
Código verificação **6F2-933-9F4**
Emitido em **17/01/2022 09:20:03**



RPS Nº 23981 Série F de 17/01/2022 Lote 300699

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, Bigorrião**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

CEP: 80.730-070
Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIMENTOS R\$ 100,00 | RADIOLOGICO R\$ 35,64 | ISS (%) 2,00 R\$ 2,71 | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%) 0,00 R\$ 0,00

Valor Total da NFS-e

R\$ 135,64

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	135,64	2,00	2,71
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	135,64	01/2022	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

20 JAN. 2022

Consulte a autenticidade deste documento em <https://ecity.maringa.pr.gov.br>

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

Remessa: **90412** Competência: **01/2022**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 23981 Série: F

Entrega: 17/01/2022

90412

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
11/11/2021	11/11/2021	4361001		3658862	6751495	SERGIO WILLIAM DOS SANTO CLINICA DE ESPECIA	135,64

Total : 1 135,64

Total Geral : 1 135,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 6751495000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 17/01/2022		5 - Senha 4361001	
6 - Número da Carteira 0000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2022	
10 - Nome SERGIO WILLIAM DOS SANTOS		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4361001	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/01/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.	

29 - Código no 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 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 11/11/2021	08:50	08:50	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 11/11/2021	08:50	08:50	22	40804097	RX - PE OU PODOCTILO
			42 - Qtda.	43 - Via	44 - Rec.
			001		
			1.0		
			100.00		
			35.64		
					45 - Valor Unitário
					46 - Valor Total
					35.64

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 SAMUEL MACHADO	
				52 - Conselho Prof	
				06	
				53 - Número no Conselho	
				28684	
				54 - UF	
				41	
				55 - Código CBO	
				225270	

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /					
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /					

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
135.64		0.00		0.00	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gastos Médicos (R\$)	
0.00		0.00		0.00	
65 - Total Geral (R\$)		135.64			

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

3658862

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

2 - Nº Guia no Prestador 6751495

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
0000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SERGIO WILLIAM DOS SANTOS

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
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 Exames Solicitados

21 - Cardior do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
11/11/2021

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 Contrato 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 ou Doença

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 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas do Material (R\$)

62 - Total de 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: EPDMBONADIO

Data/Hora: 11/11/2021 08:51:52

Contato: 6751495

Atendimento: 6751495

Contato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6751495

カウチー

Folha: 1 / 1

6751495

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho

18 - UF 19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela Aut. 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

01- 02- 03- 27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde.

Dados do Contratado 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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento

41-Descrição

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator Red. 46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

1- 2- 3- 4- 5- 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator Red. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)

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

48-Seg.Reg. 49-Grat. 50-Código na Operadora/CNPJ 51-Nome do Profissional

52-Conselho 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- 52-Conselho 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Sartorius Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 TEST 15-284

6754495.

6754495.

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Sérgio William dos Santos
Nº da Carteira: 11.1.9232
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 14/09/2007

Nº da Guia: 4361.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/11/2021	19:32:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, 3º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

Aluno interno relata que estava jogando futebol de campo quando na jogada ele foi chutar a bola e acabou chutando o pé do colega e machucou o dedo médio do pé esquerdo, relata dor constante.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Michelin	(65) 99630-5836

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

Aluno encaminhado em retorno medico para nova avaliação com especialista. em 04/11/2021. as 0845.

Ass.:

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

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 Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6751495 Prontuário: 537890 SAME: 537890 Hora Atend: 08:50 Data Atend: 11/11/2021
Paciente..... : SERGIO WILLIAM DOS SANTOS Idade: 14 a
Endereço..... : AVENIDA INDEPENDENCIA
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87015020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/11/2021 Hora Saída : 10:01

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

10 DIAS DE TTO CONSERVADOR DE FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3 DEDO DO PE DIREITO
SOL RX CONSOLIDAÇÃO OK
RETORNO SN

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 // TEOT 15284

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6751495 Prontuário: 537890 SAME: 537890 Hora Atend: 08:50 Data Atend: 11/11/2021
Paciente..... : SERGIO WILLIAM DOS SANTOS Idade: 14 a
Endereço..... : AVENIDA INDEPENDENCIA
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87015020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/11/2021 Hora Saída : 10:01

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

10 DIAS DE TTO CONSERVADOR DE FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3 DEDO DO PE DIREITO
SOL RX CONSOLIDAÇÃO OK
RETORNO SN

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 // TEOT 15284

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA