



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

Número **24.042**
Código verificação **F6A-623-93A**
Emitido em **17/01/2022 09:20:54**



RPS Nº 23982 Série F de 17/01/2022 Lote 300702

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@samaritanaude.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: 60.730-070
Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

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

Valor Total da NFS-e

R\$ 100,00

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	100,00	2,00	2,00
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	100,00	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>

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
Início	Termo							
11/11/2021	11/11/2021	4349001		3658840	6752369	DIEGO HENRIQUE DE CAMPO	CLINICA DE ESPECIA	100,00
							Total : 1	100,00
							Total Geral : 1	100,00

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

2 - Nº Guia no Prestador 6752369000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
17/01/2022

5 - Senha

4349001

6 - Data de Validade da Senha

4349001

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
1141306

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

DIEGO HENRIQUE DE CAMPOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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
1

22 - Data da Solicitação

17/01/2022

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

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 Enciclopédia / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 11/11/2021 13:36 13:36 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)
48 - Sg. 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / / /
2 - / / 4 - / / /

5 - / / / 6 - / / / 7 - / / / 8 - / / / 9 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
100.00

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 de Casos Medicinais (R\$)

0.00

100.00

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

6752369

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Diego Henrique de Campos
Nº da Carteirinha: 11.4.1306
Instituição: IAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 29/09/2002**Nº da Guia:** 4349.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/10/2021	21:40:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno interno relata que estava participando de um jogo de futsal promovido pelo colégio, como goleiro e ao pegar a bola bateu o dedo mindinho da mão direita no chão. relata dor ao movimentar, ao cumprimentar as pessoas, e ao pegar algum objeto.

Testemunha da ocorrência**Telefone**

Preceptor Jeferson

(44) 99907-9111

Quem prestou primeiros socorros**Data**

Preceptor Jeferson

29/10/2021

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

Aluno encaminhado para retorno médico no dia 11/11/2021 as 13:20 , conforme pedido médico.

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

Ass.:

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

2 - Nº Guia no Prestador **4349001**

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sanha	
6 - Data Validada da Sanha		7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora	
Dados do Beneficiário		8 - Nome da Carteira	
4349		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
DIEGO HENRIQUE DE CAMPOS		12 - Atendimento a RN	
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		16 - Conselho Profissional	
JOAO MIGUEL CASADO NETO		27211	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
41		19 - Código CBO	
225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
1		10/12/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
1		26 - Descrição	
22		10101039	
Consulta em pronto socorro			
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	
1		0	
Dados do Contrato Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES		9365230	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Tcc.		45 - % Red / Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação (do(a) Profissional(a) 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		54 - Código CBO	
56 - Data da 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 de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPMs (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Médicos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: GCEADARO Data/Hora: 10/12/2021 14:27:58 Contato: 0752369 Atendimento: 0752369 Contêiner: INST ADVENTISTA-AP Contêiner: INST ADVENTISTA-AP

6752369

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6752369 Prontuário: 537624 SAME: 537624 Hora Atend: 13:36 Data Atend: 11/11/2021
Paciente..... : DIEGO HENRIQUE DE CAMPOS Idade: 19 a
Endereço..... : RUA ALAMEDA GLEBA
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/11/2021 Hora Saída : 14:57

Prestador da Evolução Médica: 2081 JOAO MIGUEL CASADO NETO

HDA

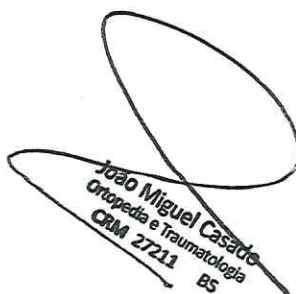
2 semanas pós trauma em 5º dedo da mão direita
sem sinais clínicos de fraturas

EXAME FISICO

ADM sem restrições
assintomático no momento

TRATAMENTO

orientações
retorno se necessário


João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27211
RS

JOAO MIGUEL CASADO NETO / 27211
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA