



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº. 293447, Série: U, emitido em 13/04/2018, conversão em 09/05/2018

Número da Nota

297656

Data e Hora de Emissão

13/04/2018 00:00:00

Código de Verificação

0710U40S

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INST ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: Curitiba **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 478,98

11 MAIO 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$478,98

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	478,98	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.
Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

Agrupamento: **1 - CONTAS HOSPITALARES - INTERNACAO** Tipo de Agrupamento: **CONTA HOSPITALAR**

Remessa: **103492** Competência: **04/2018**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Entrega: **10/05/2018**



Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
26/03/2018	27/03/2018	431	431	154127	2339243	ALESSANDRA CAROLINA DE OINTERNAMENTO COI	478,98
Total : 1							478,98
Total Geral : 1							478,98

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Atendimento: 2339243 - ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA Conta: 154127 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Atendimento: 2339243 Remessa: 103492 - 04/2018 Conta: 154127 - [DADOS DO PACIENTE] Paciente.....: 436530 -
ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA Nascimento.....: 23/09/2008 Sexo: Feminino Fone: 30566016
Endereco.....: RUA JERONIMO MENDES DOS SANTOS 161 MARIA ANTONIETA PINHAIS
Internacao.....: 26/03/2018 14:15 Alta.....: 27/03/2018 17:51
17:51 Motivo....: ALTA MELHORADA Período da Conta: 26/03/2018 14:15 a 27/03/2018 17:51
Acomodacao.....: APARTAMENTO STANDARD Serviço.....: PEDIATRIA Medico/CRM.....: MARIA CRISTINA
MARCELO DA SILVEIRA / 13188 Procedimento.....: 10102019 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO) CID.:
W183 Motivo da Alta...: 01 - ALTA MELHORADA
Tipo de Acomod...: 11 - APARTAMENTO LUXO
Convenio.....: 059 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
Sub-Plano.....: Guia.....: 431 Validade.: Carteira.....: 0000000000000000
Validade.: 31/12/2018 Titular.....: ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA Empresa...:
[PROCEDIMENTOS]
Procedimento...: NOME.....:
Procedimento...: NOME.....:
Procedimento...: NOME.....:
Procedimento...: NOME.....:
Procedimento...: NOME.....:



Grupo de Procedimento / Setor	Resumo da Conta Hospitalar				
	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA					
U.I 5º ANDAR - POSTO 52					84,00
DIARIAS	84,00				84,00
U.I 5º ANDAR - POSTO 52					219,24
TAXAS ADMINISTRATIVAS	219,24				219,24
U.I 5º ANDAR - POSTO 52					20,00
MEDICAMENTOS	20,00				20,00
U.I 5º ANDAR - POSTO 52					26,22
MATERIAIS BRASINDICE	26,22				26,22
U.I 5º ANDAR - POSTO 52					129,52
	129,52				129,52
Total da Conta:					478,98

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
	10102019 Visita hospitalar (paciente internado)	UN	N	1	84,0000	84,00
	LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA - 16455 01596237902					
	CLINICO					
Total do Setor:						84,00
Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:						84,00

DIARIAS

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
	60000473 DIARIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFE DA MANHA	UN	1	27,0100	27,01
	60034408 DIARIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA	UN	1	192,2300	192,23

Atendimento: 2339243 - ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA Conta: 154127 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

DIARIAS

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52

Procedimento

Unid./Ativ.

Qtde	VI Unitario	VI Total
Total do Setor:		219,24
Total de DIARIAS:		219,24

TAXAS ADMINISTRATIVAS

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52

Procedimento

Unid./Ativ.

Qtde	VI Unitario	VI Total
2	10,0000	20,00

Total do Setor:	20,00
Total de TAXAS ADMINISTRATIVAS:	20,00

MEDICAMENTOS

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52

Procedimento

Unid./Ativ.

Qtde	VI Unitario	VI Total
2	0,8370	1,67
6	0,7830	4,69
2	1,5120	3,02
2	8,4240	16,84

Total do Setor:	26,22
Total de MEDICAMENTOS:	26,22

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52

Procedimento

Unid./Ativ.

Qtde	VI Unitario	VI Total
2	1,5795	3,15
1	119,6235	119,62
2	3,3750	6,75

Total do Setor:	129,52
Total de MATERIAIS BRASINDICE:	129,52
Total da Conta:	478,98



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sempre Atendendo à Saúde

GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador
17248

Folha : 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 431			
4 - Data da Autorização 05/04/2018		5 - Senha 431		6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 431					
8 - Número da Carteira 000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Código CNES 15563					
16 - Caracter do Atendimento 2		17 - Tipo de Faturamento 4		18 - Data do Início do Faturamento 26/03/2018	
19 - Hora do Início do Faturamento 14:15:00		20 - Data do Fim do Faturamento 27/03/2018		21 - Hora do Fim do Faturamento 17:51:00	
22 - Tipo de Internação 4		23 - Regime de Internação 1			
24 - CID10 Principal (Opc.) W183		25 - CID10(2) (Opc.)		26 - CID10(3) (Opc.)	
27 - CID10(4) (Opc.)		28 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada) 9		29 - Motivo de Encerramento da Internação 12	
30 - Número da declaração de nascido vivo		31 - CID10 Óbito (Opc.)		32 - Número da declaração de óbito	
33 - Indicador D.O. de RN N					
Procedimentos e Exames Realizados					
34 - Data 35 - Hr. Inicial 36 - Hr. Final 37 - Tabela 38 - Procedimento 39 - Descrição 40 - Qtd 41 - Via 42 - Tec. 43 - Ft Red/Acr 44 - Valor Unitário 45 - Valor Total					
1 27/03/2018 11:00 11:00 22 10102019 Visita hospitalar (paciente internado) 001 1.0 84.00 84.00					
Identificação da Equipe					
46 - Seq. Ref. 47 - Grau Part. 48 - Cód na operadora/CPF 49 - Nome do Profissional 50 - Conselho Profissional 51 - Nº no Conselho 52 - UF 53 - Código CBO					
54 - Total de Procedimentos (R\$) 84.00		55 - Total de Diárias (R\$) 219.24		56 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 20.00	
57 - Total de Materiais (R\$) 129.52		58 - Total de OPME (R\$) 0.00		59 - Total de Medicamentos (R\$) 26.22	
60 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		61 - Total Geral (R\$) 478.98			
62 - Data da assinatura do contratado		63 - Assinatura do contratado		64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora	
65 - Observações / Justificativa					

Impresso por: TALITA BARBOSA

Data/Hora: 10/05/2018 11:42:19

Conta/Lote: 154127

Atendimento: 2339243

Convênio: CLINICA AD



Procedimentos e exames realizados (Continuação)

Folha: 1 / 1

34 - Data		35 - Hr. Inicial		36 - Hr. Final		37 - Tabela		38 - Código do Procedimento		39 - Descrição		40 - Qtd		41 - Via		42 - Tec.		43 - Fator Red / Acres.		44 - Valor Unitário - (R\$)		45 - Valor Total - (R\$)	
Identificação da Equipe (Continuação)																							
46 - Seq. Ref.		47 - Grau Part.		48 - Código na operadora/CPF		49 - Nome do Profissional		50 - Conselho Profissional		51 - Número no Conselho		52 - UF		53 - Código CBO									
65 - Observação / Justificativa																							

Impresso por: TALITA BARBOSA

Data/Hora: 10/05/2018 11:42:19

Conta/Lote: 154127

Atendimento: 2339243

Convênio: CLINICA AD



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Página: 1/1

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 431	
3 - Código na Operadora 76591569000130		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
5 - Código CNES 15563			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
1 -	02	27/03/2018	11:00:00	a	11:00:00	20	90105079			
20 - Descrição: CLORETO DE POTASSIO - 19,1% / 10ML - ISOFARMA - AMP PLAS INC X 10 ML										
2 -	02	27/03/2018	11:00:00		11:00:00	20	90292545			
20 - Descrição: GLICONATO DE CALCIO - 100 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 10 ML (EMB HOSP)										
3 -	02	27/03/2018	11:00:00		11:00:00	20	90104976			
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 20% 10ML - ISOFARMA - 200 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PLAS INC X 10 ML										
4 -	02	27/03/2018	11:00:00		11:00:00	20	90123220			
20 - Descrição: SOLUCAO DE GLICOSE 5% B. BRAUN - 50 MG/ML - SIST FECH X 500 ML										
5 -	03	27/03/2018	11:52:00		11:52:00	19	70014370			
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD										
6 -	03	27/03/2018	11:00:00		11:00:00	19	70222797			
20 - Descrição: EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL 401450P										
7 -	03	27/03/2018	11:00:00		11:00:00	19	70705330			
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172										
8 -	05	27/03/2018	12:30:00		12:30:00	18	60000473			
20 - Descrição: DIARIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFE DA MANHA										
9 -	05	27/03/2018	12:30:00		12:30:00	18	60034408			
20 - Descrição: DIARIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA										
10 -	07	28/03/2018	16:00:00		16:00:00	18	60033533			
20 - Descrição: TAXA DE REFEICAO DE ACOMPANHANTE (ALMOCO OU JANTAR)										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 26.22	23 - Total de Materiais (R\$) 129.52	24 - Total de OFME (R\$) 0.00	25 - Total de Taxas e Abusos (R\$) 20.00	26 - Total de Diárias (R\$) 219.24	27 - Total Geral (R\$) 394.98
---	--	--	---	--	--	---

Impresso por: TALITA BARBOSA

Data/Hora: 10/05/2018 11:42:25

Conta/Lote: 154127

Atendimento: 2339243

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº

123456789012
123456789012

1 - Registro ANS

3 - Data da Autorização

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

6 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Plano

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Alessandra Cardina de Oliveira

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

6591569000130

13 - Nome do Contratado

Hospital Pequeno Príncipe

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

maria cristina m. Silveira

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

13188

18 - UF

PR

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

6591569000130

21 - Nome do Prestador

Hospital Pequeno Príncipe

22 - Caráter da Internação

☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

☒ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

☒ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

005

26 - Indicação Clínica

Caudal nível Escol
Uterus + sonolência

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

☐ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros

30 - CID 10 Principal

W183

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento

1- 10102019

36 - Descrição

Intunamento clinico

37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut

05

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde. 43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar

26/03/18

46 - Qtde. Diárias Autorizadas

47 - Tipo da Acomodação Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

6591569000130

49 - Nome do Prestador Autorizado

Hospital Pequeno Príncipe

50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

26/03/18

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dra. Maria Cristina M. da Silveira
CPF 645.144.999-15
CRM 13188



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Alessandra Cardina de O. Casanova</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>431</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista Pinhais</i>		TELEFONE: <i>3037-7450</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Amélia do Sul, 617</i>		CIDADE: <i>Pinhais</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>26/03/2018</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☒ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>9h15</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadra</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>A aluna escorregou no piso e caiu. Bateu a cabeça. Ficou bastante pálida e com episódios de vômito.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>Paloma Holanda</i> TELEFONE: <i>98722-4050</i> NOME: TELEFONE:			
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Prof. de Ed. Física</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.
(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Juliã da Costa, 1447 / Bigorilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br