

Espelho da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

Nº 202000000023387

Emitida em
05/02/2020

Competência
05/02/2020

Código de Verificação
596a22676



HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO

CNPJ/CPF: 77893469000121

Inscrição Municipal: 388

Endereço: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 1059, Bairro: CENTRO.

CEP: 85010250 Município: GUARAPUAVA - UF: PR

Tel.: 4236217800

Email: contabilidade@hospitalsaovicente.org.br

Tomador / Cliente

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ/CPF: 15116763000412

Inscrição Municipal:

Telefone: 4236233642

Email:

AL. JULIA DA COSTA

, 1147 - BIGORRILHO - 80730070

CURITIBA - PR

CNAE

50403 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, AMBULATÓRIOS, PRONTOS-SOCORROS E CONGÊNERES

Subitem Lista de Serviços LC116/03 / Descrição

403 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Cod/Município da incidência do ISSQN

Regime Especial de Tributação

Natureza de Operação

410940 - GUARAPUAVA

0 - NENHUM

5 - IMUNIDADE

Discriminação do(s) Serviço(s)

Servicos Diversos R\$ 20,00; Honorarios Medicos R\$ 180,00; REG 920223 - P.S

Valor do Serviço R\$ 200,00

Desconto incondicionado
R\$ 0,00

Deduções legais
R\$ 0,00

Desconto condicionado
R\$ 0,00

Outras Retenções
R\$ 0,00

PIS (0%)
R\$ 0,00

COFINS (0%)
R\$ 0,00

CSLL (0%)
R\$ 0,00

INSS (0%)
R\$ 0,00

IRRF (0%)
R\$ 0,00

Base de Cálculo
R\$ 200,00

Alíquota
0,00

ISS
R\$ 0,00

Valor Líquido
R\$ 200,00

Outras informações

MARIA VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS - 082.330.239-30



Para consultar a autenticidade acesse:
www.nfse.guarapuava.pr.gov.br/NFSe.Portal

A Nota Fiscal de Serviços Eletrônica (NFS-e) é um documento de existência digital, gerado e armazenado eletronicamente em Ambiente Nacional pela RFB, pela prefeitura ou por outra entidade conveniada, para documentar as operações de prestação de serviços. Este documento auxiliar não tem valor fiscal.

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO Fone: 42 3621-7800 C.G.C.: 77.893.469/0001-21 Cod.p/Conv: 1
 RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO Bairro: CENTRO CEP: 85010-250 Municipio: GUARAPUAVA UF.: PR 1
 Paciente: MARIA VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS Idade: 11 anos 13/12/2007 Empresa: 0 Senha: 1
 Segurado: Matricula: Guia.: 0 Remessa: 1 9/2019 1
 Convenio: 0002 PARTICULAR Registro: 000920223 Emissao: 05/02/2020 as 10:41 1
 Data Atendimento...: 18/09/2019 as 14:27 Saida: 18/09/2019 as 14:27 Permanencia: 1 dia 1
 Procedimento: 00010065 CONSULTA EMERGENCIA P.S. 1
 CID Prin: R529 DOR NAO ESPECIFICADA 1
 CID Sec.: R529 DOR NAO ESPECIFICADA 1
 Medico: 36594 RODRIGO MENDES BATISTA Cod. Convenio: 1
 Tipo de Atendimento: 01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERGENCIA 1
 Usuario: BNOLIVEIRA 1

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE CONSULTA	10	1	18/09/19		1,00	20,000	20,00
			1					Subtotal Serv.Hosp.->>> 20,00

--- SERVICOS PROFISSIONAIS ---

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
00.01.006/5	CONSULTA EMERGENCIA P.S	IClin.	36594	068.939.279-67	RODRIGO MENDES B	18/09	14:27			1	180,00
											Total 180,00
											Total S.Prof.n/Cred.--> 180,00

	Total de Diarias e Taxas ->	20,00
	Total de Outros Servicos ->	20,00
	Total de Serv. Hosp. --->>>	20,00
	Total de Hon. Nao Cred. ->>	180,00
	Total Geral da Conta --->>>	200,00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: **MARIA VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS** Prontuário: **17586119**
Endereço: **R. DOUTOR ROBERTO CUNHA E Nº 330, VILA BELA**, GUARAPUAVA
Nascimento: **13/12/2007 - 11 anos, 9 meses e 7 dias** Sexo: **Feminino**
Natural de: **CURITIBA** Telefone: **42991448944 - Celular: 0**
Conjuge: Estado Civil: **Outro**
Profis.:
Filiação: **MARIANA DO ROCIO RIBEIRO e ALFREDO MARCEL FONSECA TAVARES DOS**
Identidade: **126821034** CPF: **082.330.239-30** CNS: **0**

DADOS DO ATENDIMENTO

Convênio: **PARTICULAR**

Admissão: **18/09/2019** Hora: **14:27** Saída: _____

Médico: **CRM 36594 - RODRIGO MENDES BATISTA**

Clínica: **MEDICA**



Registro: **920223**

Responsável: **MARIANA DO ROCIO RIBEIRO**

Profissão:

Telefone: **42991448944**

Identidade:

CPF:

Matricula:

Guia:

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

3 dias cl trauma joelho @ durante pratica de esporte

DIAGNÓSTICO

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

[Assinatura]
CRM-36594

Dr. Rodrigo M. Batista

MÉDICO
CRM 36594

RODRIGO MENDES BATISTA

[Assinatura]
MARIANA DO ROCIO RIBEIRO

GUARAPUAVA, 18/09/2019

ANAMNESE

18/09/2019 - 14:42:15

18/09/2019 14:42 Anamnese - ACOLHIMENTO
COREN: PR-566768 ANGELA MARI DOLINSKI MARTINS

ACOLHIMENTO

Tipo

Classificação

Revisão

Queixa Principal

Outros Sintomas / Queixas Eventos Isolados

ACIDENTE EM ATIVIDADE ESPORTIVA NA SEGUNDA, APRESENTANDO DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (JOELHO) E EDEMA.

Peso

63 Kg

Alergias

Nega alergias

MÃE RELATA QUE NÃO

Nível de consciência:

Alerta

Atende aos comandos verbais

Orientado

Sinais Vitais

Frequência Cardíaca

80 bpm

Saturação

96

Temperatura

36,4 °C

Dor

Dor Moderada 4 a 7/10

Escala de Glasgow

Abertura Ocular

Espontânea - 4

Melhor Resposta Verbal

Orientado - 5

Melhor Resposta Motora

Obedece a Comandos - 6

Escore

15

Classificação Sugerida

Vermelho

Alterar ?

Sim

Classificação

Verde

Data 18/09/2019 14:42:15

Enf. ANGELA MARI DOLINSKI MARTINS - COREN:566768
Enfermeira(o)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória Ribeiro dos Santos

Nº da Carteirinha: 3.14.2154

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 13/12/2007

Nº da Guia: 1376



Data da Ocorrência	Horário	Local
18/09/2019	14:04:00	Ginásio

Atividade

Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

A aluna estava num campeonato da rede, e no jogo outra aluna acabou caindo sentada em cima dela, pressionando o joelho direito. Após dois as dores continuaram e preferimos encaminhar para realizar um Raio - X.

Testemunha da ocorrência

Vinicius Milton de Oliveira

Telefone

(42) 3623-3642

Quem prestou primeiros socorros

Vinicius Milton de Oliveira

Data

18/09/2019

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Encaminhamos para o Hospital São Vicente.

Ass.:

Marcia Dayana Rodrigues Antoniack

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