

Espelho da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

Nº 202000000023389	Emitida em 05/02/2020	Competência 05/02/2020	Código de Verificação d820c10a6
--------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------------



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

, 1447 - 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; Radiodiagnostico R\$ 100,00; REG 933515 - P.S

Valor do Serviço R\$ 300,00

Desconto incondicionado

Deduções legais

Desconto condicionado

Outras Retenções

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

PIS (0%)

COFINS (0%)

CSLL (0%)

INSS (0%)

IRRF (0%)

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

Base de Cálculo

Alíquota

ISS

Valor Líquido

R\$ 300,00

0,00

R\$ 0,00

R\$ 300,00

Outras informações

FABIANO ANTIP SELMER LIMA - 000.000.000-00



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 SAO 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
 Paciente: FABIANO ANTIP SELMER LIMA Idade: 8 anos 24/05/2011 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: Guia.: 0 Remessa: 1 10/2019
 Convenio: 0002 PARTICULAR Registro: 000933515 Emissao: 05/02/2020 as 10:49
 Data Atendimento.: 23/10/2019 as 18:25 Saída: 23/10/2019 as 18:25 Permanencia: 1 dia
 Procedimento: 00010065 CONSULTA EMERGENCIA P.S
 CID Prin: R529 DOR NAO ESPECIFICADA
 CID Sec.: R529 DOR NAO ESPECIFICADA
 Medico: 36594 RODRIGO MENDES BATISTA Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERGENCIA
 Usuario: BNOLIVEIRA

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE CONSULTA	10	1	23/10/19		1,00	20,000	20,00
			1					20,00
								Subtotal Serv.Hosp.-->>>

--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---

*--- Radiodiagnostico

HOSPITAL CARIDADE SAO VICENTE DE PA CNPJ: 77.893.469/0001-21

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
32.04.009/1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	23/10		1			0,00	50,00	50,00
32.04.010/5	PE OU PODODACTILOS	23/10		1			0,00	50,00	50,00
				2	0,0	Total Radiodiagnostico			100,00
						Total Rec. Compl. Hosp.-->>>			100,00

--- 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	Clin.	36594	068.939.279-67	RODRIGO MENDES B	23/10	18:25			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 Rec. Compl. Hosp.-->>>	100,00
											Total de Serv. Hosp. --->>>	20,00
											Total de Hon. Nao Cred. ->>	180,00
											Total Geral da Conta --->>>	300,00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: **FABIANO ANTIP SELMER LIMA** Prontuário: **17718519**
Endereço: **R. GENEROSO DE PAULA BASTOS N°191, TRIANON**, GUARAPUAVA -PR
Nascimento: **24/05/2011 - 8 anos, 5 meses e 1 dia** Sexo: **Masculino**
Natural de: **GUARAPUAVA** Telefone: **42999365052 - Celular: 0**
Conjuge: - Estado Civil: **Outro**
Profis.:
Filiação: **GREICY KELLY SELMER LIMA e LUIZ FABIO LIMA**
Identidade: **134701676** CPF: CNS: **0**

DADOS DO ATENDIMENTO

Convênio: **PARTICULAR**
Admissão: **23/10/2019** Hora: **18:25** Saída: _____
Médico: **CRM36594 - RODRIGO MENDES BATISTA** Registro: **933515**
Clínica: **MEDICA**
Responsável: **GREICY KELLY SELMER LIMA** Telefone: **42999365052**
Profissão:
Identidade: CPF:
Matricula: Guia:



QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

*há 15 dias trauma calcâneo (D), entorse.
hoje relato dor pós trauma mesmo local*

DIAGNÓSTICO

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

CRM-36594 **RODRIGO MENDES BATISTA**

GREICY KELLY SELMER LIMA

GUARAPUAVA, 23/10/2019

Nº Prontuario.:17718519 Nº Registro.:933515
Nome do Paciente.:FABIANO ANTIP SELMER LIMA Sexo.:Masculino Idade.:8a 4m 29d
Clínica.:
Medico solicitante.: 36594 - RODRIGO MENDES BATISTA

ANAMNESE

23/10/2019 - 18:27:44

23/10/2019 18:27 Anamnese - ACOLHIMENTO
COREN: PR-566768 ANGELA MARI DOLINSKI MARTINS

ACOLHIMENTO

Tipo

Classificação

Revisão

Queixa Principal

Outros Sintomas / Queixas Eventos Isolados

PACIENTE TEVE TORÇÃO DE TORNOZELO DIREITO A QUINZE DIAS, APRESENTANDO DOR NO LOCAL, BATEU NOVAMENTE APRESENTANDO DOR NO LOCAL DO CALCÂNEO

Peso

32,01 Kg

Alergias

Nega alergias

Nível de consciência:

Alerta

Atende aos comandos verbais

Orientado

Sinais Vitais

Frequência Cardíaca

87 bpm

Saturação

97

Temperatura

35,7 °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 23/10/2019 18:27:44

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

ente
Ovarapara-PR

Nº Prontuario.:17718519 Nº Registro.:933515 Matricula.: atendimento_matricula}
Nome do Paciente.:FABIANO ANTIP SELMER LIMA Data Nasc.:24/05/2011
Nome da Mãe.: GREICY KELLY SELMER LIMA Sexo.:Masculino
Clinica.:
Medico titular: 36594 - RODRIGO MENDES BATISTA
Convenio: PARTICULAR

Data 23/10/2019 18:54:10

1 - EXAMES POR IMAGENS

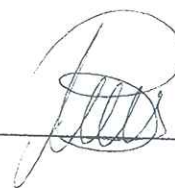
1.1 - Exames Radiologicos

RX TORNOZELO DIREITO AP E P
RX PÉ DIREITO AP E OBLIQUO

h s
23 10 19 19:05

Atenção, Sr. Médico: Anexar esta solicitação ao prontuário do paciente.
Atenção Srs. Técnicos: Ao realizar exame de imagem ou confirmar o
agendamento, carimbar e assinar informando data e hora. Em caso de
exame laboratorial verificar a necessidade de enviar segunda via ao
laboratório.

Médico Solicitante:



RODRIGO MENDES BATISTA
CRM-PR-36594
MEDICO CLINICO

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho

Dr. Heraldo Uliana
CRM 4140

P/O Mensa

Febril. Alt. Selma Lima

Fimberg

10 jenos

Falado Plante de Os

 191118

DR. HERALDO ULIANA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4140 - PR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fabiano Antip Selmer Lima
Nº da Carteirinha: 3.14.1888
Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM



Data de Nascimento: 24/05/2011 **Nº da Guia:** 1574

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2019	17:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição

Aluno estava na aula de educação física quando seu pé virou no buraco onde encaixa a trave da rede de vôlei.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vinicius Milton Oliveira	(42) 3623-3642

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vinicius Milton Oliveira	23/10/2019

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Aluno foi atendido e encaminhado ao Hospital São Vicente.

Ass.: _____

Leliane Zanin Alves De Cristo

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