

Espelho da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

Nº 202000000023394	Emitida em 05/02/2020	Competência 05/02/2020	Código de Verificação da4784823
--------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------------



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\$ 40,00; Honorarios Medicos R\$ 180,00; Radiodiagnostico R\$ 50,00; REG 939630 - P.S

Valor do Serviço R\$ 270,00

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\$ 270,00		Alíquota 0,00		ISS R\$ 0,00		Valor Líquido R\$ 270,00			

Outras informações

LUIZ OTAVIO ARANHA KFSZENIAK - 125.204.819-00



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 1
 Paciente: LUIZ OTAVIO ARANHA KFSZENIAK Idade: 6 anos 25/02/2013 Empresa: Senha: 1
 Segurado: Matricula: Guia.: 0 Remessa: 1 11/2019 1
 Convenio: 0002 PARTICULAR Registro: 000936930 Emissao: 05/02/2020 as 10:56 1
 Data Atendimento.: 01/11/2019 as 10:48 Saida: 01/11/2019 as 10:48 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: 35491 FABIO HENRIQUE MENOM 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	01/11/19		1,00	40,000	40,00
Aumento da taxa em R\$20,00								
			1				Subtotal Serv.Hosp.-->>	40,00

--- 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
32.04.005/9	COMA	01/11		1			0,00	50,00	50,00
				1	0,0	Total Radiodiagnostico			50,00
Total Rec. Compl. Hosp.-->>									50,00

--- 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.	35491	075.105.089-08	FABIO HENRIQUE M	01/11	10:48			1	180,00
Total										---	180,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											180,00

Total de Diarias e Taxas ->	40,00
Total de Outros Servicos ->	40,00
1 110,0 Total Rec. Compl. Hosp.-->>	50,00
Total de Serv. Hosp. --->>>	40,00
Total de Hon. Nao Cred. ->>	180,00
Total Geral da Conta --->>>	270,00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ OTAVIO ARANHA KFSZENIAK Prontuário: 17755619
Endereço: AV. MANOEL RIBAS Nº 439, CONRADINHO, GUARAPUAVA - PR
Nascimento: 25/02/2013 - 6 anos, 8 meses e 6 dias Sexo: Masculino
Natural de: GUARAPUAVA Telefone: 4299343428 - Celular: 0
Conjuge: - Estado Civil: Outro
Profis.:
Filiação: ANA LUCIA DE SOUZA ARANHA e
Identidade: CPF: 125.204.819-00 CNS: 0

DADOS DO ATENDIMENTO



Convênio: PARTICULAR
Admissão: 01/11/2019 Hora: 10:48 Saída: _____ Registro: 936930
Médico: CRM35491 - FABIO HENRIQUE MENOM
Clínica: MEDICA
Responsável: ANA LUCIA DE SOUZA ARANHA Telefone: 4299343428
Profissão:
Identidade: CPF:
Matrícula: Guia:

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

DIAGNÓSTICO

Distensão max

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Rx

CRM-35491 FABIO HENRIQUE MENOM

ANA LUCIA DE SOUZA ARANHA

GUARAPUAVA, 01/11/2019

Prontuario.:17755619 N° Registro.:936930
Nome do Paciente.:LUIZ OTAVIO ARANHA KFSZENIAK Sexo.:Masculino Idade.:6a 8m 7d
Clinica.:
Medico solicitante.: 35491 - FABIO HENRIQUE MENOM

ANAMNESE

01/11/2019 - 11:08:13

01/11/2019 11:08 Anamnese - ACOLHIMENTO COREN: PR-566768 ANGELA MARI DOLINSKI MARTINS

ACOLHIMENTO

Tipo

Classificação

Revisão

Queixa Principal

Outros Sintomas / Queixas Eventos Isolados

MENOR ACOMPANHADO PELA MÃE RELATA DOR INTENSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS QUEDA EM ATIVIDADE ESPORTIVA NA ESCOLA

Peso

20 Kg

Alergias

Nega alergias

Nível de consciência:

Alerta

Atende aos comandos verbais

Orientado

Sinais Vitais

Temperatura

35,6 °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 01/11/2019 11:08:13

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

Paciente: 17755619 Nº Registro: 936930 Matricula: atendimento_matricula}
Nome do Paciente: LUIZ OTAVIO ARANHA KFSZENIAK Data Nasc.: 25/02/2013
Nome da Mãe: ANA LUCIA DE SOUZA ARANHA Sexo: Masculino
Clínica: _____
Medico titular: 35491 - FABIO HENRIQUE MENOM
Convenio: PARTICULAR

Data 01/11/2019 11:45:47

1 - EXAMES POR IMAGENS

1.1 - Exames Radiológicos

RX FEMUR DIR ✓

RX REALIZADO

NOME _____

DATA 11/11/2019 HORA 12:21

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:

Fabio Henrique Menom
MEDICO
CRM PR 35491

FABIO HENRIQUE MENOM
CRM-PR-35491-0
MEDICO CLINICO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luiz Otávio Aranha Kfaszeniak

Nº da Carteirinha: 3.14.2314

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM

Data de Nascimento: 25/02/2013

Nº da Guia: 1643

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2019	09:52:00	Ginásio ✓	Aula de educação física ✓

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Posterior da Coxa Esquerda

Descrição

O aluno estava em aula e sentiu uma extensão muscular na coxa esquerda mas não comentou com o professor na hora de dor. Mais tarde, após ir para a casa ele se queixou que estava doendo por isso optamos por fazer o encaminhamento para o atendimento.

Testemunha da ocorrência

Vinicius Milton de Oliveira

Telefone

(42) 3623-3642

Quem prestou primeiros socorros

Vinicius Milton de Oliveira

Data

01/11/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Hospital São Vicente de Paula.

Ass.:

Vanessa Giraldele De Souza

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