

Espelho da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

Nº 202000000023846	Emitida em 21/02/2020	Competência 21/02/2020	Código de Verificação cf44a8a3b
--------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------------



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: 4132402900

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\$ 40,00; Honorarios Medicos R\$ 180,00; Radiodiagnostico R\$ 50,00;

JULIA UCZAK PROCZ - 000.000.000-00

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

REG 975517

Valor do Serviço R\$ 270,00

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

Aliquota

ISS

Valor Líquido

R\$ 270,00

0,00

R\$ 0,00

R\$ 270,00

Outras informações

JULIA UCZAK PROCZ - 000.000.000-00

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

REG 975517



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: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO Bairro: CENTRO CEP: 85010-250 Municipio: GUARAPUAVA UF.: PR

Paciente: JULIA UCZAK PROCZ Idade: 4 anos 01/05/2015 Empresa: Senha: Segurado: Matricula: Guia.: 0 Remessa: 1 2/2020 Convenio: 0002 PARTICULAR Registro: 000975517 Emissao: 21/02/2020 as 17:25 Data Atendimento.: 21/02/2020 as 14:06 Saida: 21/02/2020 as 14:06 Permanencia: 0 dia Procedimento: 00010065 CONSULTA EMERGENCIA P.S CID Prin: NAO INFORMADO CID Sec.: NAO INFORMADO Medico: 43189 KARINA FOLCHINI RIBAS Cod. Convenio: Tipo de Atendimento: 00 -

Usuario: BNOLIVEIRA

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE CONSULTA	10	1	21/02/20		1,00	40,000	40,00
			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
32.01.011/7	OSSOS DA FACE:M.N. - F.N. - LAT.	21/02		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.	43189	079.977.259-38	KARINA FOLCHINI	21/02	14:06			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: **JULIA UCZAK PROCZ** Prontuário: 18169620
Endereço: R. SALVADOR FELIX MACHADO Nº 165, JARDIM DAS, GUARAPUAVA -PR
Nascimento: 01/05/2015 - 4 anos, 9 meses e 23 dias Sexo: **Feminino**
Natural de: GUARAPUAVA Telefone: 42999302949 - Celular: 0
Conjuge: - Estado Civil: **Outro**
Profis.: e NILSON PROCZ JUNIOR
Filiação: DAIANE UCZAK PROCZ
Identidade: CPF: CNS: 0

DADOS DO ATENDIMENTO

Convênio: **PARTICULAR**
Admissão: 21/02/2020 Hora: 14:06 Saída: _____
Médico: CRM 43189 - **KARINA FOLCHINI RIBAS** Registro: 975517
Clínica: **MEDICA**
Responsável: DAIANE UCZAK PROCZ Telefone: 42999302949
Profissão: _____
Identidade: CPF: _____
Matrícula: Guia: _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO

Prontuário Eletrônico
Trauma em pé e rotação por um
brincoduro com colagem.

DIAGNÓSTICO

Trauma em rotação.

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

Lx pé direito. At

Karina Folchini Ribas
MÉDICA
CRM 43.189

CRM-43189 **KARINA FOLCHINI RIBAS**

Daiane Uzak Procz
DAIANE UCZAK PROCZ

GUARAPUAVA, 21/02/2020

Termo para atendimento Particular.

Através deste, me declaro ciente de que os atendimentos SUS são realizados através de protocolos estabelecidos pela legislação (Lei 8.080 de 19/09/1990 Lei Orgânica do SUS), (Portaria 2.657 de 16/12/2004 das Centrais de Regulação) e (Portaria 1.559 de 01/08/2008 Regulação do SUS, Manual de glosas Sistema nacional de Auditoria - DENASUS) as quais prevêm que em atendimentos Hospitalares, como é o caso, se realizará através de protocolos eletivos ou de urgência/emergência.

Para atendimentos eletivos SUS, ou seja, sem risco de morte ou agravos eminentes, o paciente deve buscar a unidade básica de sua referência e seguir os protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.

Para Atendimentos de Urgência/Emergência, o paciente deve vir encaminhado pelas unidades integradas reguladoras, tais como central de regulação de leitos do Paraná, Urgências Municipais, SAMU, UPA, Corpo de Bombeiros etc.

Considerando que o Hospital São Vicente é uma casa de internamentos de média e alta complexidade, sendo referência para Guarapuava e região, especialmente nas Altas complexidades de Neurologia, Cardiologia e Oncologia e como seu volume de atendimento para pacientes graves, é intenso e constante, não é possível realizar atendimentos AMBULATORIAIS espontâneos no Pronto Atendimento pelo SUS, inclusive o Hospital não é habilitado para tanto.

No pronto Atendimento do HSV, os profissionais médicos plantonistas, têm a opção de realizar atendimentos através de outros planos de saúde, inclusive particulares, uma vez que o plantonista atende por produção dentro das possibilidades, pois sempre irá priorizar os casos mais graves. Portanto, por se tratar de uma instituição privada e filantrópica, o Hospital tem a opção de ofertar seus serviços para qualquer plano de saúde, tendo o paciente que escolher qual porta de entrada ele deseja seguir.

Se for SUS, terá que seguir os critérios e normas do SUS, conforme anteriormente explicados.

Se for outro plano de saúde, terá que seguir os critérios e normas de cada plano privado.

Setor Particular ter ciência de que foi de livre opção. É importante frisar que ao optar pela porta de entrada particular, ou seja, no caso do Pronto Atendimento, optar por pagar consulta ao plantonista, é fundamental saber que toda possível evolução transcorrer pela mesma opção de atendimento.

Ciente disto declaro que optei livremente pelo atendimento particular, sendo também responsável pelas despesas referentes a materiais e medicamentos hospitalares, exames radiológicos e anatomo patológicos e demais despesas médicas.

Inclusive caso haja necessidade de internamento cirúrgico/clinico ou outro tipo de tratamento intensivo, deverei arcar com todas as despesas até o momento da alta.

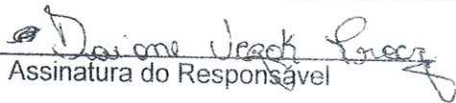
Dados do Paciente

Nome Completo:
RG..... CPF..... Data de Nascimento.....
Endereço (Av. / Rua)
Nº..... Bairro.....
Cidade..... Tel. residencial..... Tel. Celular.....

Assinatura do Paciente

Dados do Responsável

Nome Completo:
RG..... CPF..... Data de Nascimento.....
Endereço (Av. / Rua)
Nº..... Bairro.....
Cidade..... Tel. residencial..... Tel. Celular.....


Assinatura do Responsável

Nº Prontuário.:18169620 Nº Registro.:975517
Nome do Paciente.:JULIA UCZAK PROCZ Sexo.:Feminino Idade.:4a 9m 20d
Clínica.:
Medico solicitante.: 43189 - KARINA FOLCHINI RIBAS

ANAMNESE

21/02/2020 - 14:09:10

21/02/2020 14:09 Anamnese - ACOLHIMENTO
COREN: PR-566293 KAORY MINOXY GEREMIAS

ACOLHIMENTO

Tipo

classificação

Revisão

Queixa Principal

outros Sintomas / Queixas Eventos Isolados

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE ACOMPANHADA PELA MÃE. REFERE QUE CRIANÇA BATEU DE FRENTE COM OUTRA AMIGA NA AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO DIA 19/02/2020. PACIENTE APRESENTA HEMATOMA EM NARINA.

Peso

18 Kg

Alergias

Nega alergias

MÃE NEGA

Nível de consciência:

Atende aos comandos verbais

Alerta

Orientado

Sinais Vitais

Frequência Cardíaca

88 bpm

Saturação

97

Temperatura

36,6 °C

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 21/02/2020 14:09:10

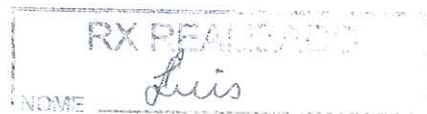

Enf. KAORY MINOXY GEREMIAS - COREN:566293
Enfermeira(o)

Data 21/02/2020 15:04:01

1 - EXAMES POR IMAGENS

1.1 - Exames Radiologicos

RX DE FACE (FRATURA DE NARIZ ??)



21 02 20

15 30

OK

PACS,

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:

Karina Folchini Ribas
MÉDICA
CRM 43.189

KARINA FOLCHINI RIBAS
CRM-PR-43189
MEDICO CLINICO

EXIBA O DOCUMENTO FISCAL DE
COMPROVANTE. Nº:

NESTE

cielo

21/02/20 • 17:32
VIA CLIENTE

HOSP SAO VICENTE
CNPJ: 77.893.469/0001-21
GUARAPUAVA PR

DEBITO A VISTA

270,00

*****0010
LXXX: 090679

MASTERCARD
POS: 78540576

EXIBA O DOCUMENTO FISCAL DE
COMPROVANTE. Nº:

NESTE

cielo

21/02/20 • 17:32
VIA CLIENTE

HOSP SAO VICENTE
CNPJ: 77.893.469/0001-21
GUARAPUAVA PR

DEBITO A VISTA

270,00

*****0010
LXXX: 090679

MASTERCARD
POS: 78540576

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Uczak Procz

Nº da Carteirinha: 3.14.2127

Instituição: Colégio Adventista Guarapuava - EIEFM



Data de Nascimento: 01/05/2015

Nº da Guia: 2000

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2020	13:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição
As alunas estavam em aula de educação física e no momento que estava se movimentando em uma atividade preparado pelo professor, outra aluna bateu com a mão no rosto da colega atingindo o nariz. Como inchou e ficou hematoma de 1 dia para o outro, encaminhamos para atendimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcela Laís Katuski dos Santos	(42) 3623-3642

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcela Laís Katuski dos Santos	21/02/2020

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
Foi encaminhado para fazer raio - X.

Ass.:

Vanessa Giraldeleli 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br