

	AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	RQ:	011/00
		Tipo:	Registro

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro

CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Banco: Agência: Conta:

Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	7,66	Pag. NF 313927 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP

Total Geral

7,66

- ☐ Cheque
- ☐ Cobrança Bancária
- ☐ Pagamento no Caixa
- ☒ Transferência Eletrônica

Karen Coelho Chaves
Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 12/09/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 315149, Série: U, emitido em 10/09/2018, conversão em
10/09/2018

Número da Nota

313927

Data e Hora de Emissão

10/09/2018 00:00:00

Código de Verificação

NB09M00C

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\$ 7,66

10 SET. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$7,66

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	7,66	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: 4 - CONTAS AMBULATORIAIS - EXAMES LABORATORI Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATOR

Remessa: 111393 Competência: 09/2018 Entrega: 10/09/2018
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal



Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Termino						
03/09/2018	03/09/2018	2532512000		1348875	2532512	ALESSANDRA CAROLINA DE O278431	7,66
Total : 1							7,66
Total Geral : 1							7,66



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2532512000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2532512000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 03/09/2018		5 - Senha 2532512000		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 278431		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 3627		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Tipo Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 03/09/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CBO 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/09/2018 12:25 12:25 22 40304299 GRUPO SANGUINEO ABO E FATOR RHO (INCLUI DU) - DETE 001		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1.0 7.66 7.66	
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 7.66		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 7.66		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional	



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2532512000000

Folha: 1 / 1

026-HOSPITAL-PEQUENO PRINCE
000004-AMBULATORIO
ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA
happ.lisnet.com.br
Solicitação: 1801135581
Senha: 85504
Entrega: 06/05/2018
* COMPROVANTE *

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278431	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3627	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 03/09/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/09/2018 12:25 22 40304299 22 GRUPO SANGUINEO ABO E FATOR RHO (INCLUI DU) - DETE 001			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 7.66 1.0 7.66			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 7.66			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 7.66			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		Dados do Profissional Solicitante		Dados do Contratado	
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Benefício ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. Antonio Ramos de Oliveira
CRM 3627
Pediatra

Dr. Antonio Ramos de Oliveira
CRM 3627
Pediatra

Weslândia C. V. Caravan

Dr. Antonio Ramos de Oliveira
CRM 3627
Pediatra

Pipagem sangüínea
Gato Rh.

**HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE****Nome: ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA****Nasc.:** 23/09/2008 **Idade:** 9 anos 11 meses 10 dias **Sexo:** Feminino**Dr(a):** 3627 - ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA**Requisição:** 1801135581**Prontuário:** 436530**Entrada:** 03/09/2018 12:27:33**GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH**

Material: SANGUE TOTAL/REF

Método: GEL-TESTE

Grupo ABO

Fator RH

**B
Positivo**

Anticorpos Monoclonais e suas respectivas linhagens celulares:

Anti-A.....A5

Anti -B.....G1/2

Anti-DVI-.....LHM59/20(LDM3) + 175-2

Anti-D.....ESD1 (IgG)

EXAME REALIZADO EM LABORATÓRIO DE APOIO.DRA. DANIELA NICOLE CONCHA CHIA
BIOQUÍMICA
CRF-PR: 23818**Recebimento em: 03/09/2018 12:48:35****Assinado em: 04/09/2018 10:23:06**

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos do diagnóstico.
A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório. Não podemos nos responsabilizar por erros nos dados do paciente, quando a letra na requisição do exame estiver ilegível.
Cadastro no CRF sob nº.: 10685

Dra. Karine dos Anjos
Responsável Técnica
CRF/PR:18.458

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alessandra Carolina de Oliveira Casanova

Nº da guia: 332

Nº da carteirinha: 2.78.431

Data Nascimento: 04/12/2009

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data da Ocorrência

03/09/2018

Horário

09:10:00

Local

Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Coxa Direita, Perna Direita, Pé Direito

Descrição

A aluna estava em aula, e sentiu dores musculares (estiramento) ao movimentar-se para fazer as atividades.

Testemunha da ocorrência

Profª Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Gleici

Data

03/09/2018

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

A aluna não consegue se movimentar sua perna direito.

Assinatura:

Erik Fernando dos S. Araújo
Erik Fernando dos Santos de Araújo

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