

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	100,00	Pag. NF 314118 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP

Total Geral

100,00

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

Karen Coelho Chaves

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves



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

RPS nº. 315170, Série: U, emitido em 10/09/2018, conversão em 10/09/2018

Número da Nota

314118

Data e Hora de Emissão

10/09/2018 14:18:55

Código de Verificação

2I18C00F

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: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRAS 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\$ 100,00

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$100,00

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	100,00	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.

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO				Data		Página	
Relatório				10/09/2018		1 / 1	
RELATÓRIO COBRANÇA				Cobrança		366	

Conferência Cobrança							
Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Misma Via	Outra Via
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	366		10/09/2018	10/10/2018	0%	50,00%	70,00%
						Bilateral	70,00%
						DATA DA PRODUÇÃO	

Boletins		Número Guia		Convênio	Hospital	Paciente	Matrícula	Data	Fim	Fer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Valor
2514020		2514020		INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL	SAMUEL DE BRITO PEREIRA	Plano	17/08/2018	10:00	NÃO	SIM	10101012		U	N	C	100,00
18.09.01509				Ambulatorio	29919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS			09:41		NÃO							

Total		Retenção		Valor
Boletins				100,00
1				

Relatório Emitido por: ANA PAULA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 00000	5 - Validade da Carteira 01/09/2019
6 - Atendimento a RN (Sim ou Não) N	8 - Cartão Nacional de Saúde
7 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA	11 - Código CNES 15563
Dados do Contratado	
9 - Código da Operadora 76591569000130	10 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
12 - Nome do Profissional Executante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 25919	15 - UF 41
16 - Código CBO-S 225270	21 - Código do Procedimento 10101012
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	22 - Valor do Procedimento 100,00
18 - Data do Atendimento 17/08/2018	19 - Tipo de Consulta 1
20 - Tabela 22	23 - Observação
24 - Assinatura do Profissional Executante Dr. Victor Hugo Ramos CRM-PR/25.918 Ortopedia e Traumatologia	
25 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Samuel de Brito Pereira</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5899</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Boqueirão</i>		TELEFONE: <i>3051-8550</i>	
ENDEREÇO: <i>Eleto da Silva</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17/04/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: () ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO () CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA ☒ QUEDA () TORÇÃO () TRAUMA () TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: () ATLETISMO () CAMA ELÁSTICA () DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO () EDUCAÇÃO FÍSICA () GINÁSTICA OLÍMPICA () JOGO DE BASQUETE () JOGO DE FUTEBOL () JOGO DE HANDEBOL () JOGO DE VOLEY () NATAÇÃO () RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL? <i>Saída</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Aluno cair no chão porque outro aluno se chocou com ele.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Professora Margarete</i>		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professora Margarete</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>17/04/18</i>			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

Dr. Victor Hugo Ramalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 25.919

0726884/0015-23
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA TEN. FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA, 2218
81679-010 - BOQUEIRÃO
CURITIBA - PR

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br