



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

1.219,26

Pag. NF 314672 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP

Total Geral

1.219,26

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 01/10/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 316076, Série: U, emitido em 17/09/2018, conversão em 17/09/2018

Número da Nota

314672

Data e Hora de Emissão

17/09/2018 00:00:00

Código de Verificação

HUSHO303

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: INSTADVENTISTA 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\$ 1.219,26

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.219,26

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	1.219,26	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.

18 SET. 2018

Agrupamento: **1 - CONTAS HOSPITALARES - INTERNACAO** Tipo de Agrupamento: **CONTA HOSPITALAR**

Remessa: **111794** Competência: **09/2018** Entrega: **18/09/2018**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nota Fiscal

RPS: 314672
NF: 316076



Período		Guia TISS		Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
Início	Termino							
21/08/2018	24/08/2018	282		282	165154	2518562	STEPHANY CAROLINE MELO DINTERNAMENTO COI	1.219,26
Total : 1								1.219,26
Total Geral : 1								1.219,26

Atendimento: 2518562 - STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO Conta: 165154 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem C.

Atendimento: 2518562 Remessa: 111794 - 09/2018 Conta: 165154 -----

-----[DADOS DO PACIENTE] Paciente.....: 458492 -
STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO Nascimento.....: 09/12/2005 Sexo: Feminino Fone: 98711419
Endereco.....: RUA GILBERTO TESSEROLI PADILHA 34 SITIO CERCADO CURITIBA-----

-----[ATENDIMENTO ATUAL]
Internacao.....: 21/08/2018 14:47 Alta.....: 24/08/2018 10:56 10:56
Motivo...: ALTA MELHORADA Período da Conta: 21/08/2018 14:47 a 24/08/2018 10:56 Acomodacao.....:
QUARTO COLETIVO (2 LEITOS) Serviço.....: PEDIATRIA Medico/CRM.....: NEUMA MARILIA MARTINS DA
SILVA KORMANN / 11611 Procedimento.....: 10102019 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO) CID.: X498
Motivo da Alta...: 01 - ALTA MELHORADA
Tipo de Acomod...: 22 - QUARTO COLETIVO (2 LEITOS) -----[DADOS DO
CONVENIO] Convenio.....: 059 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
Sub-Plano.....: Guia.....: 282 Validade.: Carteira.....: 2323230 Validade.:
31/12/2018 Titular.....: STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO Empresa...:

[PROCEDIMENTOS]

Procedimento...: NOME....:
Procedimento...: NOME....:
Procedimento...: NOME....:
Procedimento...: NOME....:
Procedimento...: NOME....:



Resumo da Conta Hospitalar					
Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA					126,00
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	126,00				126,00
CARDIOLOGIA					30,00
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	30,00				30,00
DIARIAS					847,68
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	847,68				847,68
TAXAS ADMINISTRATIVAS					40,00
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	40,00				40,00
MEDICAMENTOS					36,75
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	36,75				36,75
MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO					4,36
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	4,36				4,36
MATERIAIS BRASINDICE					134,47
U.I 4º ANDAR - POSTO 42	134,47				134,47
Total da Conta:					1.219,26

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 103 U.I 4º ANDAR - POSTO 42

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2018	10102019 Visita hospitalar (paciente internado)	UN	N	1	42,0000	42,00
	NEUMA MARILIA MARTINS DA - 11611 51476819904 CLINICO					
23/08/2018	10102019 Visita hospitalar (paciente internado)	UN	N	1	42,0000	42,00
	NEUMA MARILIA MARTINS DA - 11611 51476819904 CLINICO					
24/08/2018	10102019 Visita hospitalar (paciente internado)	UN	N	1	42,0000	42,00

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Atendimento: 2518562 - STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO Conta: 165154 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem C.

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42						
<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>			<u>Unid./Ativ.</u>	<u>HE</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
	NEUMA MARILIA MARTINS DA - 11611 51476819904			CLINICO				
							Total do Setor:	126,00
							Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:	126,00

CARDIOLOGIA

CARDIOLOGIA

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42						
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF			Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/08/2018	40101010	ECG convencional de ate 12 derivacoes		EXAME	N	1	30,0000	30,00
HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE - 224		76591569000130		CLINICO				
						Total do Setor:		30,00
						Total de CARDIOLOGIA:		30,00

DIARIAS

DIARIAS

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42					
	Procedimento		Unid./Ativ.		Qtde	VI Unitario	VI Total
	60000473	DIARIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFE DA MANHA	UN		3	34,8000	104,40
	60034408	DIARIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA	UN		3	247,7600	743,28
						Total do Setor:	847,68
						Total de DIARIAS:	847,68

TAXAS ADMINISTRATIVAS

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42					
	Procedimento		Unid./Ativ.		Qtde	VI Unitario	VI Total
	60033533	TAXA DE REFEICAO DE ACOMPANHANTE (ALMOCO OU JANTAR)	UN		4	10,0000	40,00
						Total do Setor:	40,00
						Total de TAXAS ADMINISTRATIVAS:	40,00

MEDICAMENTOS

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42					
	Procedimento		Unid./Ativ.		Qtde	VI Unitario	VI Total
	90105079	CLORETO DE POTASSIO - 19,1% / 10ML - ISOFARMA - AMP PLAS INC	AMP		2	0,8505	1,70
	90104978	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 20% 10ML - ISOFARMA - 200 MG/ML	AMP		6	0,8505	5,10
	90239296	DAFORIN - 10 MG CAP GEL DURA CT BL AL PVC INC X 20	CAPSULA		2	1,4850	2,96
	90123220	SOLUCAO DE GLICOSE 5% B. BRAUN - 50 MG/ML - SIST FECH X 500	FR		2	8,6400	17,28
	90197070	SUPERAN - 25 MG/ML SOL INJ CT 6 AMP VD AMB X 2 ML	AMP		1	8,1405	8,14
	90228324	TYLENOL - 500 MG COM REV CT BL AL PVC X 100	COMPRIMIDO		1	1,5795	1,57
						Total do Setor:	36,75
						Total de MEDICAMENTOS:	36,75

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor	103	U.I 4º ANDAR - POSTO 42					
	Procedimento		Unid./Ativ.		Qtde	VI Unitario	VI Total
	90309707	GLUCONATO DE CALCIO100 MG/ML SOL INJ	AMP		2	2,1840	4,36

Atendimento: 2518562 - STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO Conta: 165154 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem C

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 103 U.I 4º ANDAR - POSTO 42

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
CX 100 AMP VD INC X 10				
Total do Setor:				4,36
Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:				4,36

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 103 U.I 4º ANDAR - POSTO 42

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
70014302 AGULHA HIPODERMICA 25X8 PRECISIONGLIDE 300054	UN	3	1,5795	4,73
70222797 EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL 401450P	UN	1	119,6235	119,62
70705330 SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172	UN	3	3,3750	10,12
Total do Setor:				134,47
Total de MATERIAIS BRASINDICE:				134,47
Total da Conta:				1.219,26

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº

123456789012
123456789012

1 - Registro ANS

3 - Data da Autorização

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

6 - Data de Emissão da Guia

21/08/18

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

2323230

8 - Plano

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Stephany Caroline Melo Derrieto

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

46591569000130

13 - Nome do Contratado

Hospital Pequeno Príncipe

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

Moria Teresa Resnauer Taques

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

10470

18 - UF

PR

19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

46591569000130

21 - Nome do Prestador

Hospital Pequeno Príncipe

22 - Caracter da Internação

☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação

☒ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

☒ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

005

26 - Indicação Clínica

Sonolência
Rebaixamento de consciência

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

☐ A - Aguda ☐ C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias

29 - Indicação de Acidente

☐ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 2 - Outros

30 - CID 10 Principal

X498

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento

36 - Descrição

1- 10102019 Internamento Clínico

37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut

05

OPM Solicitados

39 - Tabela 40 - Código do OPM

41 - Descrição OPM

42 - Qtde.

43 - Fabricante

44 - Valor Unitário R\$

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar

21/08/18

46 - Qtde. Diárias Autorizadas

47 - Tipo da Acomodação Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

46591569000130

49 - Nome do Prestador Autorizado

HPP

50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

21/08/18

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

21/08/18

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Dra. M. Teresa R. Taques
CRM-PR 10470

M. Taques

X Gerente



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2018**

Data Matrícula: **12/12/2017**

Nome: **Stephany Caroline Melo Devietro (3230)**

Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **82**

Sexo: **F**

Data Nascimento: **09/12/2005**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Curitiba**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9**

Bairro: **Sítio Cercado**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR** CEP: **81910-660**

Cert. Nascimento: **084336**

Cert. Nascimento Livro: **A-232**

Cert. Nascimento Folha: **036**

Cert. Nascimento Termo: **084336**

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Cert. Nascimento UF:

Identidade: **14508227-7**

O. Exp: **SESP** UF: **PR**

Data: **16/07/2015**

CPF:

INEP **121362848270**

E-Mail: **stephanydevietro@yahoo.com.br**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Outras**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio: **DIX**

Nº: **55435249-4**

Telefones: Residencial: **41 30109861** | Residencial: **41 30691856** | Celular: **41984601468** |

Carteirinha Bloqueada? **Não**

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Transporte escolar, Gisele (Mãe), Halifer (Irmão), Tere**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **033819919-57** Nome: **Paulo Juliano Devietro**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **20/02/1981**

Estado Civil: **União Estável**

Identidade: **7639838-0**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Edenilda Martins Leal nº 291, S/N**

Complemento: **Bairro Novo A**

Bairro: **Sítio Cercado**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81920-100**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **7.298.901-5**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9**

Bairro: **Sítio Cercado**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81910-660**

Cx. Postal:

E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br**

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **7.298.901-5**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9**

Bairro: **Sítio Cercado**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81910-660**

Cx. Postal:

E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br**

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **7.298.901-5**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9**

Bairro: **Sítio Cercado**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81910-660**

Cx. Postal:

E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br**

Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Rodrigo de Araujo França
DIRETOR,, - Ato nº 1.103.394/2016

Roberto Carlos Pereira
Secretário(a) - Ato nº 1.013.775/2011

Responsável



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Stephany Caroline de Deus</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>21/08/18</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 <i>Infartiva</i> QUAL? <i>Infartiva</i>	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?	
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA:			
LOCAL DA OCORRÊNCIA:			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

*Paciente ingeriu 4 medicamentos
(Clonazepam, Clorpromazina, Haloperidol
e Nitroglicerina).
Rebatiendo de consciência.
103 anos de idade e paratense*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:		TELEFONE:
NOME:		
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO):		

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS)

CNPJ: 15.116.763/0004-12 / Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3240-2931 / (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br