



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: BB Agência: 3404-5 Conta: 110174-9

Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	130,00	Pag. NF 323708 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP

Total Geral 130,00

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 27/12/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 324985, Série: U, emitido em 06/12/2018, conversão em
07/12/2018

Número da Nota

323708

Data e Hora de Emissão

06/12/2018 13:36:12

Código de Verificação

TVR7040U

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA 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 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\$ 130,00

10 DEZ. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$130,00

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	130,00	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.

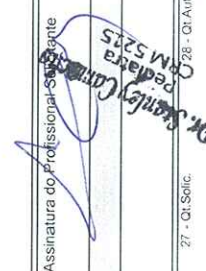
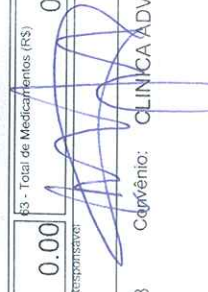
ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO			
Relatório	Cobrança	Data	Página
RELATÓRIO COBRANÇA	710	05/12/2018	1 / 1

Conferência Cobrança						
Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Mesma Via
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	710		05/12/2018	09/01/2019	0%	100,00%
						Outra Via 70,00%
						Bilateral 50,00%
						Tipo DATA DA PRODUÇÃO

Boletins																	
Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Fim	Fer Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa	Valor	
2631133 18.12.00633	2631133	INST. ADVENTISTA SUL BRÁ Ambulatório	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 5215 - STANLEY JOAO L. CAMACHO	MYLLENA GOUDARD		29/11/2018 18:05	18:15	NÃO NÃO	SIM	10101039	U	N	C	30,00	100,00	130	
															30,00	100,00	130

Total			
Boletins	Produção	Retenção	Taxa
1	100,00		30,00
			Valor 130,00

Relatório Emitido por: JULIA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 00000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MYLLENA GOUDARD				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 29/11/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição					
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 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 18:05 hrs - 10/01/2018	37 - Hora Inicial/30 Hora Final	38 - Tabela 40 - Procedimento	41 - Descrição 18:05 hrs - 10/01/2018 Consulta em P.S	42 - Qtd 43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc
				46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$) 100.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
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 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	64 - Total Geral (R\$) 30.00	65 - Total Geral (R\$) 100.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 						
68 - Assinatura do Contratado 						
ACESSOPRD Data/Hora: 29/11/2018 18:05:14				Contal/Lote: 1397310		
				Atendimento: 2631133		
				Código: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		
				1397310		
				1/1		

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Myllena Goudard

Nº da guia: 616

Nº da carteirinha: 2.33.5577

Data Nascimento: 27/12/2008

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2018	16:02:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Na Ed. física em atividade ocorreu o choque com a colega, batendo a boca, lábio esquerdo na testa lado direito, saindo sangue no mesmo instante, nota-se uma machucadura no lábio e gengiva.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profe Elaine	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse Lobo	29/11/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Contato com os responsáveis.

Assinatura:

Joisse Almeida Lobo
Joisse Lobo

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br