



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	2.422,59	Pag. NF 324943 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP - ASP

Total Geral 2.422,59

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 28/12/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 326046, Série: U, emitido em 14/12/2018, conversão em 14/12/2018

Número da Nota
324943
Data e Hora de Emissão
14/12/2018 00:00:00
Código de Verificação
HZS9RC0Z

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: 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\$ 2.422,59

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$2.422,59

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	2.422,59	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.

20 DEZ. 2018

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

Remessa: **116336** Competência: **12/2018** Entrega: **20/12/2018**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nota Fiscal



Período

RP5: 326046
NF: 324943

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
23/11/2018	24/11/2018	603	603	172120	2624012	VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO INTERNAMENTO COI	2.422,59
Total : 1							2.422,59
Total Geral : 1							2.422,59

Atendimento: 2624012 - VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO Conta: 172120 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem Classifi
Atendimento: 2624012 Remessa: 116336 - 12/2018 Conta: 172120 -----
-----[DADOS DO PACIENTE] Paciente.....: 133353 - VITOR
HUGO SUTIL RIBEIRO Nascimento.....: 28/05/2007 Sexo: Masculino Fone: 995508505 Endereco.....: RUA
ANDRE FERREIRA CAMARGO 564 XAXIM CURITIBA-----
-----[ATENDIMENTO ATUAL]
Internacao.....: 23/11/2018 18:39 Alta.....: 24/11/2018 09:49 09:49 Motivo....: ALTA
MELHORADA Período da Conta: 23/11/2018 18:39 a 24/11/2018 09:49 Acomodacao.....: APARTAMENTO STANDARD
Serviço.....: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT. Medico/CRM.....: ANDRE MARCELO OKURA / 23173
Procedimento.....: 30720095 Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) -
tratamento cirúrgico CID.: S524 Motivo da Alta.: 01 - ALTA MELHORADA
Tipo de Acomod.: 11 - APARTAMENTO LUXO -----[DADOS DO CONVENIO]
Convenio.....: 059 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
Sub-Plano.....: Guia.....: 603 Validade.: Carteira.....: 000000000 Validade.:
31/12/2018 Titular.....: VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO 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
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					416,00
CENTRO CIRURGICO	416,00				416,00
DIARIAS					282,56
U.I 5º ANDAR - POSTO 52	282,56				282,56
TAXAS DE USO DE SALA					768,69
CENTRO CIRURGICO	768,69				768,69
TAXAS DE ENFERMAGEM					1,38
CENTRO CIRURGICO	1,38				1,38
TAXAS DE EQUIPAMENTOS					75,04
CENTRO CIRURGICO	75,04				75,04
MEDICAMENTOS					158,39
U.I 5º ANDAR - POSTO 52	61,68				61,68
CENTRO CIRURGICO	96,71				96,71
MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO					356,86
CENTRO CIRURGICO	356,86				356,86
MATERIAIS BRASINDICE					299,10
U.I 5º ANDAR - POSTO 52	16,83				16,83
CENTRO CIRURGICO	282,27				282,27
RADIODIAGNOSTICO					39,64
U.I 5º ANDAR - POSTO 52	35,64			4,00	39,64
GASES MEDICINAIS					24,93
CENTRO CIRURGICO	24,93				24,93
Total da Conta:					2.422,59

Atendimento: 2624012 - VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO Conta: 172120 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem Classifi

Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: 2.690,59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor	114	CENTRO CIRURGICO						
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF			Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/11/2018	30720109	Fratura e/ou luxacoes (incluindo descolamento epifisario) -		UN	N	1		
	ANDRE MARCELO OKURA - 23173	03001470909	CIRURGIAO			320,0000	320,00	
	LUCIO RICIERI PEROTTI - 27706	03338300913	1º AUXILIAR			96,0000	96,00	
Total do Setor:								416,00
Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:								416,00

DIARIAS

Setor	106	U.I 5º ANDAR - POSTO 52				
	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
	60000473	DIARIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFE DA MANHA	UN	1	34,8000	34,80
	60034408	DIARIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA	UN	1	247,7600	247,76
				Total do Setor:		282,56
				Total de DIARIAS:		282,56

TAXAS DE USO DE SALA

Setor	114	CENTRO CIRURGICO				
	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
	60023112	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 2	UN	1	702,0000	702,00
	60023180	TAXA DE SALA CIRURGICA RECUPERACAO POS ANESTESICA	UN	1	66,6900	66,69
				Total do Setor:		768,69
				Total de TAXAS DE USO DE SALA:		768,69

TAXAS DE ENFERMAGEM

Setor	114	CENTRO CIRURGICO				
	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
	60026367	TAXA DE ASPIRADOR SUCCAO CONTINUA POR HORA	UN	1	1,3800	1,38
Total do Setor:						1,38
Total de TAXAS DE ENFERMAGEM:						1,38

TAXAS DE EQUIPAMENTOS

Setor	114	CENTRO CIRURGICO					
		Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		60030356	TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE CAPNOGRAFO POR HORA	UN	1	16,9800	16,98
		60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM POR USO	UN	1	58,0600	58,06
						Total do Setor:	75,04
						Total de TAXAS DE EQUIPAMENTOS:	75,04

MEDICAMENTOS

Setor	106	U.I 5º ANDAR - POSTO 52					
		Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		90279115	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML - ISOFARMA - 9 MG/ML S	AMP	3	0,7830	2,34

Atendimento: 2624012 - VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO Conta: 172120 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem Classifi

MEDICAMENTOS

Setor	106	U.I 5º ANDAR - POSTO 52				
		Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		90196031 NOVALGINA - 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML	AMP	2	2,9430	5,88
		90069862 OMEPRAZOL SODICO - 40 MG PO LIOF P/ SOL INJ IV CT 50 FA VD I	FA	1	53,4600	53,46
				Total do Setor:		61,68
Setor	114	CENTRO CIRURGICO				
		Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		90003551 DECADRON - 4MG/ML SOL INJ CT 1 FA X 2,5 ML	MG	4	1,4175	5,67
		90184378 DORMONID - 1 MG/ML SOL INJ CX 5 AMP VD INC X 5 ML	AMPOLA	1	9,1935	9,19
		90196031 NOVALGINA - 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML	AMP	1	2,9430	2,94
		90095634 RINGER COM LACTATO - (6,00+0,30+0,20+3,20)MG/ML SOL INJ IV C	FR	1	7,1550	7,15
		90385071 ZOFRAN (RESTRITO HOSP.) - 4 MG. INJ - 2 MG/ML SOL INJ CT 5 A	AMP	1	71,7660	71,76
				Total do Setor:		96,71
				Total de MEDICAMENTOS:		158,39

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor	114	CENTRO CIRURGICO				
		Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		90105958 FENTANIL - 50 MCG/ML SOL INJ CX 5 AMP VD INC X 2 ML	AMPOLA	1	3,8360	3,83
		90046625 KETAMIN - 50 MG/ML SOL INJ CX 25 AMP VD INC X 2 ML	AMP	1	17,3040	17,30
		90122941 LIPURO - 10 MG/ML EMU INJ CX 05 AMP VD INC X 20 ML	AMP	1	60,0740	60,07
		90330471 SEVORANE - INAL CT FR PLAS OPC X 250 ML	ML	30	9,0720	272,16
		90257545 XYLESTESIN - 1 PCC SOL INJ CX 10 FA VD INC X 20 ML(EMB HOSP)	ML	5	0,7000	3,50
				Total do Setor:		356,86
				Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:		356,86

MATERIAIS BRASINDICE

Setor	106	U.I 5º ANDAR - POSTO 52				
		Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		70014370 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD	UN	3	1,8360	5,49
		70705330 SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172	UN	3	3,7800	11,34
				Total do Setor:		16,83
Setor	114	CENTRO CIRURGICO				
		Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		70014370 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD	UN	6	1,8360	11,01
		70034664 ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836	ROLO	3	9,0315	27,09
		70858829 ATADURA GESSADA 08CMX2,0MT	ROLO	4	11,4075	45,63
		0000045567 ATADURA GESSADA 10CM X 3 M	ROLO	3	18,3195	54,95
		70204233 ELETRODO 3M	UN	3	0,4320	1,29
		70222797 EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX	UN	1	119,6235	119,62
		70705330 SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172	UN	6	3,7800	22,68
				Total do Setor:		282,27

Atendimento: 2624012 - VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO Conta: 172120 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Tipo: Sem Classifi

MATERIAIS BRASINDICE

Total de MATERIAIS BRASINDICE: 299,10

RADIODIAGNOSTICO

Setor 106 U.I 5º ANDAR - POSTO 52

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
40803104 RX - Antebraco	EXAME	1	35,6400	39,64

VI.Filme: 4,00

Total do Setor: 39,64

Total de RADIODIAGNOSTICO: 39,64

GASES MEDICINAIS

Setor 114 CENTRO CIRURGICO

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
60034122 AR COMPRIMIDO, POR HORA	UN	1	7,8800	7,88
60034335 OXIGENIO, POR HORA	UN	1	17,0500	17,05

Total do Setor: 24,93

Total de GASES MEDICINAIS: 24,93

Total da Conta: 2.422,59

Prestadores Credenciados

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 114 CENTRO CIRURGICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/11/2018	30720109 Fratura e/ou luxacoes (incluindo descolamento epifisario) -	UN	N	1		

268,0000 268,00

LARISSA SARA CARDOSO PINH - 35781 - RF 98477218234 ANESTESISTA

Total do Setor: 268,00

Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: 268,00

Total Credenciados: 268,00

Total da Conta: 2.422,59

Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: 2.690,59



GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador
17590

Folha : 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 603	6 - Data de Validade da Senha 24/11/2018	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 603	12 - Atendimento a RN N							
4 - Data da Autorização 26/11/2018	5 - Senha 603	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO	11 - Cartão Nacional de Saúde							
8 - Número da Carteira 000000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Código CNES 15563								
16 - Caráter do Atendimento 2	17 - Tipo de Faturamento 4	18 - Data do Início do Faturamento 23/11/2018	19 - Hora do Início do Faturamento 18:39:00	20 - Data do Fim do Faturamento 24/11/2018							
24 - CID10 Principal (Opc.) S524	25 - CID10(2) (Opc.) 26 - CID10(3) (Opc.) 27 - CID10(4) (Opc.)	28 - Indicação de acidente (ocidente ou doença relacionada) 9	29 - Motivo de Encerramento da Internação 12	30 - Número da declaração de nascido vivo 31 - CID10 Óbito (Opc.)							
32 - Regime de Internação 1	33 - Indicador D.O. de RN N										
Procedimentos e Exames Realizados											
34 - Data 35 - Hr. Inicial 36 - Hr. Final 37 - Tabela 38 - Procedimento 39 - Descrição											
1 23/11/2018 21:00 21:30 22	30720109	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epif									
2 23/11/2018 21:46 21:46 22	40803104	RX - Antebraco									
40 - Qtd 41 - Via 42 - Tec. 43 - Ft Red/Acr 44 - Valor Unitário 45 - Valor Total											
001 1 1	1.0	416.00	416.00								
001 1.0	39.64	39.64	39.64								
Identificação da Equipe											
46 - Sq. Ref. 47 - Grau Part. 48 - Cód na operadora/CEF 49 - Nome do Profissional											
50 - Conselho Profissional 51 - N° no Conselho 52 - UF 53 - Código CBO											
54 - Total de Procedimentos (R\$) 455.64					55 - Total de Diárias (R\$) 282.56	56 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 845.11	57 - Total de Materiais (R\$) 299.10	58 - Total de OPME (R\$) 0.00	59 - Total de Medicamentos (R\$) 515.25	60 - Total de Gases Medicinais (R\$) 24.93	61 - Total Geral (R\$) 2422.59
62 - Data da assinatura do contratado					63 - Assinatura do contratado						
65 - Observações / Justificativa					64 - Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora						

Impresso por: ELAINE ROCIO

Data/Hora: 19/12/2018 16:53:47

Conta/Lote: 172120

Atendimento: 2624012

Convênio: CLINICA AD



55 - Observação / Justificativa

Impresso por: ELAINE ROCIO

Data/Hora: 19/12/2018 16:53:47

Conta/Lote: 172120

Atendimento: 2624012

Convênio: CLINICA AD



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPI/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 603		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		5 - Código CNES 15563							
Dados do Contratado Executante													
3 - Código na Operadora 76591569000130													
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
1 - 01	23/11/2018	21:00:00	a 21:00:00	18	60034122	1	036	1,00	7,88	7,88			
20 - Descrição: AR COMPRIMIDO, POR HORA													
2 - 01	23/11/2018	21:00:00	21:00:00	18	60034335	1	036	1,00	17,05	17,05			
20 - Descrição: OXIGENIO, POR HORA													
3 - 02	23/11/2018	21:00:00	21:00:00	20	90122941	1	001	1,00	60,07	60,07			
20 - Descrição: LIPURO - 10 MG/ML EMU INJ CX 05 AMP VD INC X 20 ML													
4 - 02	23/11/2018	18:44:00	18:44:00	20	90196031	1	001	1,00	2,94	2,94			
20 - Descrição: NOVALGINA - 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML													
5 - 02	23/11/2018	18:45:00	18:45:00	20	90196031	1	001	1,00	2,94	2,94			
20 - Descrição: NOVALGINA - 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML													
6 - 02	23/11/2018	21:40:00	21:40:00	20	90330471	30	023	1,00	9,07	272,16			
20 - Descrição: SEVORANE - INAL CT FR PLAS OPC X 250 ML													
7 - 02	23/11/2018	18:44:00	18:44:00	20	90279115	1	001	1,00	0,78	0,78			
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML - ISOFARMA - 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PLAS INC X 10 ML													
8 - 02	23/11/2018	18:46:00	18:46:00	20	90279115	1	001	1,00	0,78	0,78			
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML - ISOFARMA - 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PLAS INC X 10 ML													
9 - 02	23/11/2018	18:45:00	18:45:00	20	90279115	1	001	1,00	0,78	0,78			
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML - ISOFARMA - 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PLAS INC X 10 ML													
10 - 02	23/11/2018	21:00:00	21:00:00	20	90385071	1	001	1,00	71,76	71,76			
20 - Descrição: ZOFRAN (RESTRITO HOSP) - 4 MG. INJ - 2 MG/ML SOL INJ CT 5 AMP PLAS X 2 ML													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
*****		*****		*****		*****		*****		*****		*****	



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 603		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		5 - Código CNES 15563	
3 - Código na Operadora 76591569000130		Dados do Contratado Executante					
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$ 17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante 19-Nº Autorização de Funcionamento / Acresc.							
Despesas Realizadas							
1 - 02	24/11/2018	01:31:00	a	01:31:00	20	90003551	4 022 1.00 1.41 5.67
20 - Descrição: DECADRON - 4MG/ML SOL INJ CT 1 FA X 2,5 ML							
2 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90184378	1 001 1.00 9.19 9.19
20 - Descrição: DORMONID - 1 MG/ML SOL INJ CX 5 AMP VD INC X 5 ML							
3 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90105958	1 001 1.00 3.83 3.83
20 - Descrição: FENTANIL - 50 MCG/ML SOL INJ CX 5 AMP VD INC X 2 ML							
4 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90046625	1 001 1.00 17.30 17.30
20 - Descrição: KETAMIN - 50 MG/ML SOL INJ CX 25 AMP VD INC X 2 ML							
5 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90196031	1 001 1.00 2.94 2.94
20 - Descrição: NOVALGINA - 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML							
6 - 02	24/11/2018	09:49:00		09:49:00	20	90069862	1 014 1.00 53.46 53.46
20 - Descrição: OMEPRAZOL SODICO - 40 MG PO LIOF PI SOL INJ IV CT 50 FA VD INC + 50 DIL AMP VD INC X 10 ML (EMB HOSP							
7 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90095634	1 013 1.00 7.15 7.15
20 - Descrição: RINGER COM LACTATO - (6.00+0.30+0.20+3.20)MG/ML SOL INJ IV CX 40 BOLS PE TRANS SIST FECH X 250 ML							
8 - 02	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	20	90257545	5 023 1.00 0.70 3.50
20 - Descrição: XYLESTESIN - 1 PCC SOL INJ CX 10 FA VD INC X 20 ML(EMB HOSP)							
9 - 03	23/11/2018	18:45:00		18:45:00	19	70014370	1 036 1.00 1.83 1.83
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD							
10 - 03	23/11/2018	18:46:00		18:46:00	19	70014370	1 036 1.00 1.83 1.83
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD							
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)	
*****		*****		*****		*****	
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)		*****	
*****		*****		*****		*****	



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 603								
3 - Código na Operadora 76591569000130		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								
5 - Código CNES 15563										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								19-Nº Autorização de Funcionamento	
1 - 03	23/11/2018	18:44:00	a	18:44:00	19	70014370	1	036	1.00	1.83
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD										
2 - 03	23/11/2018	18:46:00		18:46:00	19	70705330	1	036	1.00	3.78
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172										
3 - 03	23/11/2018	18:45:00		18:45:00	19	70705330	1	036	1.00	3.78
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172										
4 - 03	23/11/2018	18:44:00		18:44:00	19	70705330	1	036	1.00	3.78
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172										
5 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	19	70014370	6	036	1.00	11.01
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD										
6 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	19	70858829	4	045	1.00	45.63
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CMX2 OMT										
7 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	00	0000045567	3	045	1.00	54.95
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M										
8 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	19	70034664	3	045	1.00	27.09
20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836										
9 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	19	70204233	3	036	1.00	1.29
20 - Descrição: ELETRODO 3M										
10 - 03	24/11/2018	01:31:00		01:31:00	19	70222797	1	036	1.00	119.62
20 - Descrição: EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) *****										
22 - Total de Medicamentos (R\$) *****										
23 - Total de Materiais (R\$) *****										
24 - Total de OPME (R\$) *****										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) *****										
26 - Total de Dúvidas (R\$) *****										
27 - Total Geral (R\$)										



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 603		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		5 - Código CNES 15563							
3 - Código na Operadora 76591569000130		Dados do Contratado Executante											
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
1 - 03	24/11/2018	01:31:00	a	01:31:00	19	70705330	6	036	1.00	3.78	22.68		
20 - Descrição: SERINGA SEM AG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172													
2 - 05	24/11/2018	09:49:00		09:49:00	18	60000473	1	036	1.00	34.80	34.80		
20 - Descrição: DIARIA DE ACOMPANHANTE SOMENTE COM CAFE DA MANHA													
3 - 05	24/11/2018	09:49:00		09:49:00	18	60034408	1	036	1.00	247.76	247.76		
20 - Descrição: DIARIA DE ENFERMARIA DE PEDIATRIA													
4 - 07	23/11/2018	21:00:00		21:00:00	18	60027169	1	036	1.00	58.06	58.06		
20 - Descrição: ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM POR USO													
5 - 07	23/11/2018	21:00:00		21:00:00	18	60026367	1	036	1.00	1.38	1.38		
20 - Descrição: TAXA DE ASPIRADOR SUCCAO CONTINUA POR HORA													
6 - 07	23/11/2018	21:00:00		21:00:00	18	60030356	1	036	1.00	16.98	16.98		
20 - Descrição: TAXA DE MONITOR / MONITORIZACAO DE CAPNOGRAFO POR HORA													
7 - 07	23/11/2018	21:00:00		21:00:00	18	60023112	1	036	1.00	702.00	702.00		
20 - Descrição: TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 2													
8 - 07	23/11/2018	21:00:00		21:00:00	18	60023180	1	036	1.00	66.69	66.69		
20 - Descrição: TAXA DE SALA CIRURGICA RECUPERACAO POS ANESTESICA													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
24.93		515.25		299.10		0.00		845.11		282.56		1966.95	



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização
5 - Senna	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Nome <i>Vitor Hugo Sutel Ribeiro</i>	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado	
11 - Nome do Profissional Solicitante	12 - Conselho Profissional	13 - Número no Conselho
	14 - UF	15 - Código CBO
Dados da Internação		
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	17 - Tipo da Acomodação Solicitada	
18 - Indicação Clínica		

*paciente com fratura do antebraço exposto com lesão
necessidade de redução imediata da fratura e gesso sob anestesia
geral*

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados				
19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut.
1	30720109	Fratura de antebraço (E) redução imediata	1	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Dados da Autorização	
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	25 - Tipo da Acomodação Autorizada
26 - Justificativa da operadora	
27 - Observação / Justificativa	
28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional <i>Dr. André M. Oliveira</i> Médico CRM 33473
30 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

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
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira		8 - Plano	9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VITOR WUGO, SUTIL RIBEIRO				
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 VICTOR WUGO Ramos		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF PR
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
20 - Código na Operadora / CNPJ 46591569000130		21 - Nome do Prestador Hospital Pequeno Príncipe		
22 - Caráter 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 paciente com fr. de diafise dg osso de antebraço, cd: interno p/ o 6680 no CEG				
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 S524	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela 1- 30720095	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição Fratura e/ou Luxações Tratamento cirurgico		37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut 01
OPM Solicitados				
39 - Tabela 1- 2311118	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante
44 - Valor Unitário R\$				
Dados da Autorização				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 23/11/18		46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ 46591569000130		49 - Nome do Prestador Autorizado Hospital Pequeno Príncipe		50 - Código CNES
51 - Observação contato -> Jader				
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 23/11/18 Dr. Victor Hugo Ramos CRM - PR 25919 Ortopedia e Traumatologia		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 23/11/18		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

Zimbra

simone.moreira@hpp.org.br

RES: HPP Solicitação de Troca Procedimento Vitor Hugo Sutil Ribeiro

De : CLAC - Jader Tinelli
<'gestaosaude@clinicaadventista.org.br'>

Seg, 03 de dez de 2018 10:37

📎 1 anexo

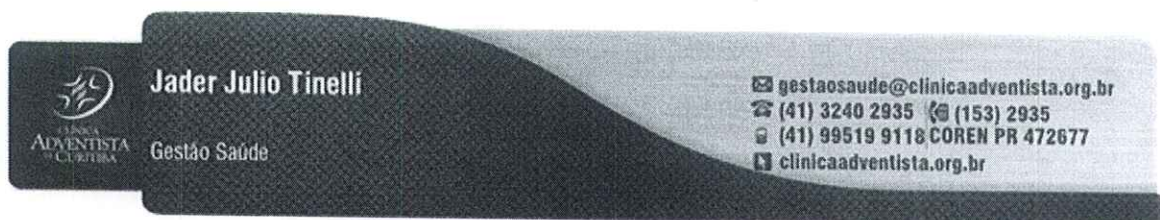
Assunto : RES: HPP Solicitação de Troca Procedimento
Vitor Hugo Sutil Ribeiro

Para : 'Simone Rosa Moreira'
<'simone.moreira@hpp.org.br'>

Olá Simone,

Segue autorização para troca do código.

Atenciosamente.



De: Simone Rosa Moreira <'simone.moreira@hpp.org.br'>

Enviada em: sexta-feira, 30 de novembro de 2018 08:31

Para: gestaosaude <'gestaosaude@clinicaadventista.org.br'>

Cc: 'celig@hpp.org.br'

Assunto: Fwd: HPP Solicitação de Troca Procedimento Vitor Hugo Sutil Ribeiro

Bom dia.

Prezados ainda nao recebi um parecer do convenio se ha necessidade ou nao de trocar o código.

--

Simone Rosa Moreira <'simone.moreira@hpp.org.br'>

Telefone: +55.41.3310.1098

Hospital Pequeno Príncipe - <http://www.hpp.org.br>

Complexo Pequeno Príncipe - <http://www.pequenoprincipe.org.br>

De: "Simone Rosa Moreira" <'simone.moreira@hpp.org.br'>



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

Dados do AlunoAno: **2018**Data Matrícula: **21/11/2017**

Nome: **Vitor Hugo Sutil Ribeiro (5406)** Curso: **6º Ano** Turma: **4**
Sexo: **M** Data Nascimento: **28/05/2007** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua André Ferreira Camargo, 564** Complemento: **Apto 102 Blc 12B**
Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR CEP: 81710-100**
Cert. Nascimento: **095007**
Cert. Nascimento Livro: **A-267** Cert. Nascimento Folha: **207**
Cert. Nascimento Termo: **095007**
Cert. Nascimento Cartório: **Taborda**
Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: _____ O. Exp: _____ UF: _____ Data: _____ CPF: _____ INEP **122555409407**
E-Mail: **claudiasutil@hotmail.com** Cor/ Raça: _____ Religiao: **Evangélica**
Tipo de Sangue/Fator RH: _____ Convênio: **AMIL** Nº: **05390471-0**
Telefones: Residencial: **32090258** | Comercial: **32131593** |
Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **José, Ana**
Autorizo Imagem: **Não**

**Dados do Pai**

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Dados da Mãe

CPF: **026466199-01** Nome: **Claudia Sutil Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **10/01/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.158.621-9** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: _____
Grau de Instrução: _____ Endereço: **Rua André Ferreira Camargo, 564**
Complemento: **Apto 102 Blc 12b** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **claudiasutilribeiro@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **41996337802** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Elisa Mara de Castilho
Diretora - Ato nº Ato 1623/17

Marcia Helena Duck
Secretário(a) - Ato nº Ato 7980/18

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vitor Hugo Sutil Ribeiro

Nº da guia: 603

Nº da carteirinha: 3.7.5406

Data Nascimento: 28/05/2007

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2018	15:32:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
Aluno estava correndo e se chocou com outro aluno caindo em cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sergio	(41) 3051-8550

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
Aluno estava correndo e se chocou com outro aluno caindo em cima do braço.

Assinatura: _____

Cristiano Alexandro Rank
Diretor Adj. 1456/18

Cristiano Alexandro Rank

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