



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Praça: Getúlio Vargas, 280 - CENTRO
CEP: 85851010 - Foz do Iguaçu/PR

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Situação
Ativa

Número
20193288

Emitido em
17/09/2019 às 13:42:56

Competência
setembro/2019

Série
F

Código verificador
cbagIGy

QR Code



CPF/CNPJ: 81697419000227

C.M.C.: 31669

Razão social / Nome fantasia: UNIMED DE FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO

Endereço: RUA MARTINS PENA, 297 - JARDIM RENATO FESTUGATO

Cidade: Foz do Iguaçu

UF: PR Email:

CEP: 85864020

Telefone: 4521027506

Regime tributário: Baseado na alíquota do serviço

Tomador de serviços

CPF/CNPJ: 15116763000412

C.M.C.: 04016556963

Razão social / Nome fantasia: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Endereço: Júlia da Costa, 1447

Cidade: Curitiba

UF: PR

Email:

CEP: 80730070

Telefone:

Código atividade:

8610101 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Natureza da operação:

Serviço prestado no município

Item da lista de serviço

4.01 Medicina e biomedicina.

Município da prestação do serviço

410830400 Foz do Iguaçu / PR

Discriminação dos serviços:

SERVIÇOS HOSPITALARES DE PRONTO ATENDIMENTO

PACIENTE: Kessya Allycia Souza da Silva

ATENDIMENTO: 465884

11 OUT. 2019

IR retido:		0,00		CSLL retido:		0,00		PIS retido:		0,00		COFINS retido:		0,00		INSS retido:		0,00		ISSQN retido:		0,00					
Desc. cond:		0,00		Desc. incond:		0,00		Deduções:		0,00		Base cálculo:		300,00		Alíquota:		3,00%		Total ISSQN:		9,00		Outras retenções:		0,00	
Total líquido:				300,00				TOTAL DA NOTA																			
Outras informações:																										300,00	

Emitido por : OLIVETE DALLA ROSA BORBA



**CONTA
PACIENTE**

6

Paciente:
Kessya Allycia Souza da Silva

Convênio:
Particular

Usuário/Matrícula

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 465.884
Nº LC: 1.370.127

Prontuário: 11519119 Data Entrada: 16/09/2019 10:48:15 Data Saída: 16/09/2019 11:20:57 Motivo Alta: 17
Médico: Thaisa Aires Marques Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
Data Nasc.: 11/01/2003
CID Princ.:
Guia:

Dt. Conta: 16/09/19 10:50 Dt. Inicial: 16/09/19 10:48 Dt. Final: 15/09/20 10:50 Refer.: 30/12/99

Médicos não conveniados									
Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	%Via	%Par	Qtde	VI Médico Dt. Proced.
1	39881	Thaisa Aires Marques	1010103 9	Em Pronto Socorro	Clinico	100	1,00	1,00	300,00 16/09/2019
Total de Médicos não conveniados								1,00	300,00
Total da Estrutura									300,00
Total geral									300,00



465884

Paciente: Kessya Allycia Souza da Silva
 Data Nascto: 11/01/2003 16 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 999118215 PAI
 Leito: Cons. 01

Atendimento: 465.884
 Prontuário: 11.519.119
 Dt. Entrada: 16/09/2019 10:48:15
 Convênio: Particular Setor sem Acomodação

Diretor Técnico Médico: Dr. Jose Luiz Bertoli Neto (CRM - PR 12844)

Sinais vitais paciente

Data	PA (mmHg) Máx. Min.	FC (bpm)	FR (mm)	Temp °C	Peso (Kg)	Sat O ₂ (%)	BCF (bmp)	Usuário Registro
16/09 10:55 Seg	120 / 66	70		36,5	68	99		651(Lara)
Obs								

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Usuário	Código prof
16/09/2019 11:10	16/09 11:13	Médico	Evolução Médica	Thaís Aires Marques	CRM 39881

VEM TRAZIDA PELA RESPONSÁVEL ESCOLAR
 COM ESCORIAÇÃO EM PÁLPEBRA SUPERIOR DIREITA.
 REFERE TER COLIDIDO CONTRA VIDRO DA PORTA DA SALA DE AULA QUE ACABOU QUEBRANDO

AO EF:
 ESCORIAÇÃO 2mm

FERIDA SUPERFICIAL, LIMPA, COM POMADA APLICADA NA ESCOLA - SIC
 SEM ALT DE PERFUSÃO, SEM SUPERFÍCIE DE SUTURA, SEM SUGESTIVIDADE DE SUJIDADES OU CORPO
 ESTRANHO A PALPAÇÃO

CD: ORIENTO CUIDADOS RIGOROSOS COM HIGIENE E OBSERVAR PADRÃO DA LESÃO
 PRESCREVO AINE VO + RIFOCINA TÓPICO
 RETORNO SE NECESSÁRIO



Confinado Reliquio Adventista



Termo de Responsabilidade (PA)



465884

Kessya Allycia Souza da Silva

Entrada:	16/09/2019 10:48:15	Quarto/Leito:	Cons. 01 /	Atendido Por:	1170
Acomodação:	Setor sem acomodação	Categoria:	Setor sem Acomodação	Sexo:	F
Convênio:	Particular	Idade:	16 Anos	Tel. Res:	98097214

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal ou solidário, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital Unimed, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico, hospitalar ou ambulatorial, em caso de estar o paciente em carência contratual ou não possuir cobertura contratual para o procedimento realizado.

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Unimed Foz do Iguaçu pela Instituição conveniada a qualquer título, em caso de ausência de cobertura contratual e/ou carência contratual.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais, como Contrato de Prestação de Serviços.

Declaro que autorizo a saída do prontuário para o convênio ao qual pertença, quando solicitado para efeito de auditorias.

Autorizo o corpo clínico do Hospital Unimed Foz do Iguaçu praticar qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, inclusive anestesia transfusão de sangue, exames complementares, no paciente acima mencionado.

Estou ciente que o Hospital Unimed Foz do Iguaçu não se responsabiliza por objetos e valores do paciente ou acompanhante(s), que não lhe tenham sido formalmente entregues ou, por estes não arrolados no ato de internação.

Kessya Allycia Souza da Silva
Assinatura do Responsável/Paciente

16/09/2019 10:51:14



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Foz do Iguaçu
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **11/12/2018**

Nome: **Kessya Allycia Souza da Silva (3088)**

Sexo: **F** Data Nascimento: **11/01/2003**

Naturalidade: **UF:**

Curso: **2º Ano - Ensino Médio**

Turma: **U**

Nacionalidade: **Brasileira**

Estado Civil: **Solteiro**

Turno: **M**

Endereço: **Ruela Mário Filho, 2275**

Bairro: **Parque Residencial Morumbi II**

Complemento: **- de 996/997 ao fim**

Cidade: **Foz do Iguaçu**

UF: **PR** CEP: **85859-000**

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Folha: **155**

Cert. Nascimento Livro: **A-246**

Cert. Nascimento Termo: **123261**

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Identidade: **9629480**

O. Exp: **SSP**

UF: **RP**

Data: **03/01/2013**

CPF: **704149864-66** INEP: **117360767600**

E-Mail: **alber_pas@hotmail.com**

Cor/ Raça: **Branca**

Religião: **Cristã**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **45998097214** | Celular: **45999118215** |

Carteirinha Bloqueada? **Sim**

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Transporte**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **739749862-00** Nome: **Alber Pereira de Andrade Silva**

Nascimento: **24/03/1982** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **9149296**

Nacionalidade: **Brasileira**

O. Exp: **SESP**

UF: **PE**

Data Emissão: **24/10/2018**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Ruela Mário Filho, 2275**

Complemento: **- de 996/997 ao fim** Bairro: **Parque Residencial Morumbi II** Cidade: **Foz do Iguaçu**

Cx. Postal: E-Mail: **alber_pas@hotmail.com.br**

Religião: **Cristã**

UF: **PR**

CEP: **85859-000**

Telefones: Celular: **45999118215** |

Dados da Mãe

CPF: **678612372-49** Nome: **Kelly Mayara Barbosa de Souza**

Nascimento: **03/10/1982** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **177658**

Nacionalidade: **Brasileira**

O. Exp: **SESP**

UF: **RR**

Data Emissão: **23/02/2018**

Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Ruela Mário Filho, 2275**

Complemento: **- de 996/997 ao fim** Bairro: **Parque Residencial Morumbi II** Cidade: **Foz do Iguaçu**

Cx. Postal: E-Mail: **mayarakelly0310@gmail.com**

Religião: **Cristã**

UF: **PR**

CEP: **85859-000**

Telefones: Celular: **45998097214** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **678612372-49** Nome: **Kelly Mayara Barbosa de Souza**

Nascimento: **03/10/1982** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **177658**

Nacionalidade: **Brasileira**

O. Exp: **SESP**

UF: **RR**

Data Emissão: **23/02/2018**

Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Ruela Mário Filho, 2275**

Complemento: **- de 996/997 ao fim** Bairro: **Parque Residencial Morumbi II** Cidade: **Foz do Iguaçu**

Cx. Postal: E-Mail: **mayarakelly0310@gmail.com**

Religião: **Cristã**

UF: **PR**

CEP: **85859-000**

Telefones: Celular: **45998097214** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **678612372-49** Nome: **Kelly Mayara Barbosa de Souza**

Nascimento: **03/10/1982** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **177658**

Nacionalidade: **Brasileira**

O. Exp: **SESP**

UF: **RR**

Data Emissão: **23/02/2018**

Grau de Instrução: **Ensino Médio incompleto** Endereço: **Ruela Mário Filho, 2275**

Complemento: **- de 996/997 ao fim** Bairro: **Parque Residencial Morumbi II** Cidade: **Foz do Iguaçu**

Cx. Postal: E-Mail: **mayarakelly0310@gmail.com**

Religião: **Cristã**

UF: **PR**

CEP: **85859-000**

Telefones: Celular: **45998097214** |

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Tiago Alves do Nascimento
Administrador Escolar - Ato nº Ato -
06/2018

Tiago Alves do Nascimento
Secretário(a) - Ato nº Ato - 06/2018

Responsável

Handwritten signature and stamp:
4x 999 995 944 1000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kessya Allycia Souza da Silva

Nº da Carteirinha: 5.20.3088

Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Data de Nascimento: 11/01/2003

Nº da Guia: 1841



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/09/2019	10:00:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Olho Direito

Descrição

Colidiu contra o vidro da porta da sala de aula que acabou quebrando.

Testemunha da ocorrência

Funcionário da Escola

Telefone

(45) 4053-9676

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br