



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

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

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Situação
Ativa

Número
20193762

Emitido em
25/10/2019 às 10:38:23

Competência
outubro/2019

Série
F

Código verificador
ryT6CXh

QR Code

Prestador de serviços



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: Gustavo Arit Queiroz Pereira

ATENDIMENTO: 470348

Jader Julio Thiem
Coord. SESMT
Clínica Adventista de Curitiba

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

Outras informações:

Emitido por : OLIVETE DALLA ROSA BORBA

Paciente:
Gustavo Arlt Queiroz PereiraConvênio:
Particular

Usuário/Matrícula

**Nota:
Emissão:**Nº Atend: 470.348
Nº I.C.: 1.374.463

Prontuário: 11617419 Data Entrada: 07/10/2019 10:14:16 Data Saída: 07/10/2019 11:00:00 Motivo Alta: 17
Médico: Luiz Adalberto Girett Rodriguez Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
Data Nasc.: 18/07/2007
CID Princ.:
Guia:

Dt. Conta: 07/10/19 10:16 Dt. Inicial: 07/10/19 10:14 Dt. Final: 06/10/20 10:16 Refer: 30/12/99

Médicos não conveniados

Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	%Via	%Par	Qtde	VI Médico	Dt. Proced.
1	26435	Luiz Adalberto Girett	1010103.9	Em Pronto Socorro	Clinico	100	1,00	1,00	300,00	07/10/2019
Total de Médicos não conveniados								1,00	300,00	
Total da Estrutura									300,00	
Total geral									300,00	



470348

Paciente	Gustavo Arlt Queiroz Pereira		Atendimento	470.348
Data Nascto.	18/07/2007	12 Anos	Prontuário	11.617.419
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	07/10/2019 10:14:16
Telefone	99999-1279		Convênio	Particular Setor sem Acomodação
Leito	Cons. 01			

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
07/10 10:18 Seg		/				34			955(Lucas)

Obs:

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Usuário	Código prof
07/10/2019 10:25	07/10 10:29	Médico	Anamnese/Exame físico - PA	Luiz Adalberto Girett	CRM 26435

DADOS APORTADOS PELOS PAIS

HDA: refere trauma na regioa da cresta iliaca D.

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ECTOSCOPIA: LOTE, activo e colaborativo. Postura atipica, corado, hidratado, eupneico, acianotico, anicterico, afebril, facie atipica, E.C. satisfatorio

OROFARINGE : Labios , lingua, gengiva e mucosa jugal sem alterações; dentes em bom estado geral; Amígdalas sem alterações

CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E TIMPANO: sem lesões e secreções purulentas, timpano sem abaulamento

APARELHO RESPIRATORIO: Torax atipico, sem tiragem ou uso de muculatura acessoria; Expansibilidade preservada bilateralmente; Murmúrio vesicular audível universalmente sem ruidos adventícios

APARELHO CARDIOVASCULAR: RCR 2 T com BNF. S/ Ssopro, S/ extrasístole

ABDOME: Plano, sem cicatrizes; Traube livre; Ruidos hidroaereos normais; Fígado e Baço: normais.; Sem sinais de irritação peritoneal

OSTEOMUSCULAR: Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas, sem dor ou crepitações, sem sinais flogísticos

NEUROLOGICO: LOTE, Glasgow 15/15, Sinal de Brudzinski e Kerling ausente; Pupilas reativas , isocóricas.

PELE E TEGUMENTO : s/p

HD: trauma na regioa da cresta iliaca.

EXAMES:

MEDICAÇÃO:

Conduta: orientações sobre sinais de alarme, controle com o medico de cabecera ou voltar ao PA segundo evolução do quadro.

Luiz Girett
Pediatra
CRM - 26435

**Gustavo Arlt Queiroz Pereira**

Entrada: 07/10/2019 10:14:16

Quarto/Leito: Cons. 01 /

Atendido Por: 1193

Acomodação: Setor sem acomodação

Categoria: Setor sem Acomodação

Sexo: M

Convênio: Particular

Idade: 12 Anos

Tel. Res.: 98812-7634

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.

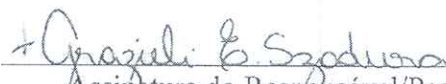
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

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 pertencem, 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.


Assinatura do Responsável/Paciente

07/10/2019 10:17:15

PARTICULAR



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

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **05/10/2018**

Nome: **Gustavo Arlt Queiroz Pereira (2443)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **U**
Sexo: **M** Data Nascimento: **18/07/2007** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Maria Fritzen Guder, 1918** Complemento:
Bairro: **Cidade Nova** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85870-704**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: **A-684** Cert. Nascimento Folha: **6**
Cert. Nascimento Termo: **240616**
Cert. Nascimento Cartório: **Esteves Santos**
Cert. Nascimento Cidade: **Foz do Iguaçu** Cert. Nascimento UF:
Identidade: **14.330.511-12** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **10/12/2014** CPF: **INEP 119338507288**
E-Mail: **gugusqp@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Comercial: **4539013412** | Celular: **45988127634** | Celular: **45988164613** |
Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Pais**
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Eginaldo Junior Queiroz Pereira** Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **044693539-57** Nome: **Edilene Arlt da Silva Martins** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **26/04/1983** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **8.861.369-4** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **25/10/1999**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Maria Fritzen Guder, 1918**
Complemento: Bairro: **Cidade Nova** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85870-704**
Cx. Postal: E-Mail: **edileneart@hotmail.com** Religião:
Telefones: Celular: **45999991279** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **044693539-57** Nome: **Edilene Arlt da Silva Martins** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **26/04/1983** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **8.861.369-4** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **25/10/1999**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Maria Fritzen Guder, 1918**
Complemento: Bairro: **Cidade Nova** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85870-704**
Cx. Postal: E-Mail: **edileneart@hotmail.com** Religião:
Telefones: Celular: **45999991279** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **732393212-20** Nome: **Luciano Martins dos Santos** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **16/11/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **10863136-8** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/03/2012**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Maria Fritzen Guder, 1918**
Complemento: Casa Bairro: **Cidade Nova I** Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** CEP: **85870-704**
Cx. Postal: E-Mail: **lusmith23@hotmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Telefones: Celular: **45 99380382** |

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Arlt Queiroz Pereira

Nº da Carteirinha: 5.20.2443

Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Data de Nascimento: 18/07/2007

Nº da Guia: 1848



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/10/2019	09:30:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Abdomen

Descrição
Trauma na região da crista ilíaca direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Funcionário da Escola	(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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br