



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
20193798
Emitido em
28/10/2019 às 12:30:27
Competência
outubro/2019
Série
F
Código verificador
4dMbInV
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: Davi Lucas de Oliveira
ATENDIMENTO: 474526

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:	610,71	Alíquota:	3,00%	Total ISSQN:	18,32
Total líquido:	610,71	TOTAL DA NOTA									610,71

Outras informações:

Emitido por : OLIVETE DALLA ROSA BORBA



Paciente:
Davi Lucas de Oliveira

Convênio:
Particular

Usuário/Matrícula

**Nota:
Emissão:**

Nº Atend: 474.526
Nº I.C.: 1.378.549

Prontuário: 11717019 Data Entrada: 25/10/2019 10:45:39 Data Saída:

Médico: Maykon Rodrigues

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Data Nasc.: 15/12/2006

CID Princ.: S52 Frat do antebraço

Guia:

Motivo Alta:

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Espec/Clinica: 1 Médica

Dt.Conta: 25/10/19 10:46 Dt.Inicial: 25/10/19 10:45 Dt.Final: 24/10/20 10:46 Refer: 30/12/99

Taxas

Seq.	Código	Descrição	U.M	Qtde	VI. Unit.	VI. Total	Dt. Proc
Pronto Atendimento -							
1	6003368.1	Sala Ambulatorial II / procedimentos	Un	1,00	85,0000	85,0000	25/10/2019
Total - Pronto Atendimento -				1,00		85,0000	

Vita Imagem

Seq.	Código	Procedimento	Qtde	VI. Unit.	VI. Total	Dt. Proc
1	4080310.4	Antebraço	1,00	100,00	100,00	25/10/2019 10:55:00
Total de Vita Imagem			1,00		100,00	

Materiais

Seq.	Mat	Simpro	TISS	Descrição Material	Marca	U.M	Qtde	VI. Unit.	VI. Total
Pronto Atendimento -									
1	58189	130567	70034664	Atadura Algodão Ortopédica 10cm X 1,	CREMER	un	3,00	8,0267	24,0800
2	58200	126266	70034362	Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)	CREMER	un	5,00	7,2980	36,4900
3	58211	162121	58211	Atadura Gessada 10cm X 3m (cremer)	CREMER	un	4,00	16,2850	65,1400
Total - Pronto Atendimento -							12,00		125,7100

Médicos não conveniados

Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	%Via	%Par	Qtde	VI Médico	Dt. Proced.
1	32030	Maykon Rodrigues	1010103.9	Em Pronto Socorro	Clinico	100	1,00	1,00	300,00	25/10/2019
Total de Médicos não conveniados								1,00	300,00	
Total da Estrutura									300,00	
Total geral									610,71	

Particular:
V.2.0.0
Atend.: 474526
Conta.: 1378549
2 - Nº Não Informada

1 - Registro ANS 351792	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 25/10/2019	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha 25/10/2019	7 - Data de Emissão da Guia 25/10/2019
----------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------	--	---

8 - Número da Carteira	9 - Plano Particular c/ H.M.	10 - Validade da Carteira	11 - Nome Davi Lucas de Oliveira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	6	14 - Nome do Contratado	Unimed Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico	15 - Código do CNES	2673800
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Cód. de Atividade	225	18 - Cód. de Especialidade	225

Dados da Solicitação/ Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação
23 - CID 10	
24 - Indicação Clínica/brigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
2010/2013 10.74033				

2
3
4

[illegible]

b		Unimed-Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico	Rua Martins Pena 297	Foz do Iguaçu	PR.	0410830	85864020	2673800
40a - Código na operadora / CPF do excc, complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45a - Grau de Participação			
03652232984	MAYKON RODRIGUES CRM		99999	DZ	PDE+DZ			

48 - Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acidente		46 - Tipo de saída	
1	01 - Atendimento em urgência	03 - Trauma	05 - Evacuado	1 - Hospitalizado	2 - Outros
	02 - Atendimento em ambulância	04 - Queimadura	06 - Evacuado em ambulância	3 - Recusa em ser atendido	3 - Ferimento
	03 - Atendimento em ambulância	05 - Histerico	07 - TB, TBC, etc.	4 - Ferimento	4 - Infecção
	04 - Atendimento em ambulância	06 - Histerico	08 - TB, TBC, etc.	5 - Ferimento	5 - Alta
	05 - Atendimento em ambulância	07 - Histerico	09 - TB, TBC, etc.	6 - Ferimento	6 - Óbito

consulta Referencia 49 - Tipo de Doença	C. Clínica A. Anál.	30 - Tempo de Doença A. Anál. M. Meses D. Dias
---	-----------------------------------	--

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora final	54 - Folha	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Rec.	60 - % Red. / Acres.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 25/10/2019	10:46:28	10:46:28	97	10101039	Em Pronto Socorro	1	1	1	1,00	300,00	300,00

3	0,00	0,00
4	0,00	0,00

53 - Data e assinatura de procedimentos em série

[illegible]

65 - Total Procedimentos R\$	66 - total Taxas e Aluguéis R\$	67 - total Materiais R\$	68 - total Medicamentos R\$	69 - total Diárias R\$	70 - total Casos Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante	25/10/2019
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	25/10/2019
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	25/10/2019
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante	25/10/2019

Dr. Maykon



474526

Paciente **Davi Lucas de Oliveira**
Data Nascto 15/12/2006 12a 10m 10d
Data Entrada 25/10/2019 10:45:39
Médico Resp **Dr. Maykon Rodrigues (CRM 32030)**

Atendimento **474.526** Prontuário **11.717.019**
Convênio Particular / Setor sem Acomod Prescritor **Maykon Rodrigues (CRM 32030)**
Liberação 25/10/2019 10:56:04 Prescrição **399581**
Data Prescr. 25/10/2019 10:55:00 Validade **25/10/2019 10:55:00 / 26/10/2019 13:59:59**

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

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

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Antebraço

Lado Direito

Agora

Qtdde / Intervalo

Horários

Prot. Glic.

Material

Dia/Hora

25 10:56



Dr. Maykon
CRM PR 32030
25-10-19 10:56

Maykon Rodrigues (CRM 32030)

Impresso em 25/10/2019 10:56:12

Página 1

Pronto Atendimento

32030 / Maykon
leito/quarto: Cons. 01

Paciente: Davi Lucas de Oliveira

Lote: 66282

Setor: Pronto Atendimento

Prescr.: 399597

Paciente: Davi Lucas de Oliveira

Cód.	Descrição	Qtd	Unid	Presc
58200	Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)	5	un	S
58211	Atadura Gessada 10cm X 3m (cremer)	4	un	S
58189	Atadura Algodão Ortopédica 10cm X 1,8m (cremer)	3	un	S

Retirado por: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.

Hora: ____:____

Carlos Rones
Régisto 7179
Especial. Ortopédico
UNIMED FOZ



474526

Paciente	Davi Lucas de Oliveira	Atendimento	474.526
Data Nascto.	15/12/2006 12 Anos	Prontuário	11.717.019
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	25/10/2019 10:45:39
Telefone	998427555	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 (mrm)	Temp °C	Peso (Kg)	Sat O ₂ (%)	BCF (bmp)	Usuário Registro
25/10 10:52 Sex	119 / 66	100	18	36,0	50	99		1025(Tatiane)

Obs: PACIENTE LEVA ALERGIAS, ANSIOLITICO,

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Usuário	Código prof
25/10/2019 12:22	25/10 12:24	Técnico em imobilização	Anotação de Cuidados Técnicos	Carlos Rones	ASTEGO 7179

PCTE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATA TRAUMA BRAÇO DIR. POR VIAS DE FATO, TALA GESSADA AXILO PALMAR, AGENDADO ORTOPEDISTA DRº RUBENS-CIENTE, EAMBULA, LINBERADO COM ORIENTAÇÕES MEDICA.

MATERIAL:

05 CREPONS 10CM
03 ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM
04 GESSOS 10CM
1.2M MALHA TUBULAR 12CM

Carlos Rones
ASTEGO 7179
Téc. Imob. Ortopédica
HOSPITAL UNIMED FZD

Paciente **Davi Lucas de Oliveira**
Data Nascto. 15/12/2006 12 Anos
Sexo Masculino
Telefone 998427555
Leito Cons. 01

Atendimento 474.526
Prontuário 11.717.019
Dt. Entrada 25/10/2019 10:45:39
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
25/10 10:52 Sex	119 66	100	18	36,0	50	99		1025(Tatiane)

Obs: PACIENTE LEVA ALERGIAS, ANSIOLITICO,

Evolução

Anamnese

PAC PROCURA ATENDIMENTO POR TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO

Exame Físico

Não Informado

História Progressa

ASMA

História Familiar

Não Informado

Alergias

Não Informado

Medicamentos em Uso

Não Informado

Diagnóstico

Diagnóstico: S52 Frac do antebraço
Código Diagnóstico: S52

Conduta

RX

Dr. Maykon Rodrigues
Clínica Geral
CRM - PR 32030

Dr. Maykon
CRM-PR 32030

25-10-2019

HU - Solicitação de Exames(v5)



399581

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

Paciente: Davi Lucas de Oliveira

Recem Nato ☒ N

Atendimento: 474526

Particular

Dt Nasc.: 15/12/2006

Prontuário: 11717019

Sexo: M

Dt Entrada: 25/10/2019 10:45:39

Endereço: TRAVESA LIMA BARRETO -

Médico: Dr. Maykon Rodrigues (CRM 32030)

Bairro: JARDIM CENTRAL

Liberção: 25/10/2019 10:56:04

Município: TRAVESA LIMA BARRETO - -

Tipo Presc: Procedimento

Data: 25/10/2019 10:55:00

Setor Atend.: Pronto Atendimento

Prescrição: 399581

Unidade:

Data Nasc. RN 00/00/00

Sexo RN -

Codigo	Procedimento	Material	Lado Qtde.	Hora	Urgencia
40803104	Antebraço <i>OK</i>	Não se aplica	Direito 1	25/10/2019 10:56	Sim

Obs.:

Hipotese:
USO DO LABORATÓRIO

RESPONSÁVEL CHAMADO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

RESPONSÁVEL COLETA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

RESPONSÁVEL REGISTRO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

RESPONSÁVEL LIBERAÇÃO DO LAUDO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Dr. Maykon Rodrigues (CRM 32030)
25-10-2019

**Davi Lucas de Oliveira**

Entrada: 25/10/2019 10:45:39

Quarto/Leito: Cons. 01 /

Atendido Por: 1170

Acomodação: Setor sem acomodação

Categoria: Setor sem Acomodação

Sexo: M

Convênio: Particular

Idade: 12 Anos

Tel. Res.: 998427555

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.

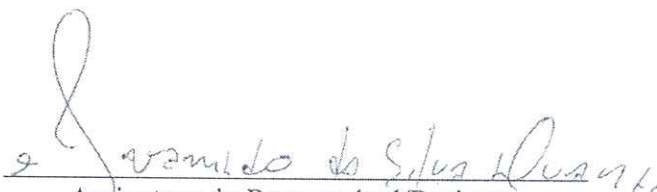
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

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

25/10/2019 10:47:00



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: 2019

Data Matrícula: 28/09/2018

Nome: Davi Lucas de Oliveira (2943) Curso: 7º Ano - Ensino Fundamental Turma: U
Sexo: M Data Nascimento: 15/12/2006 Nacionalidade: Brasileira Turno: M
Naturalidade: Foz do Iguaçu UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Travessa Lima Barreto, 849 Complemento:
Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500
Cert. Nascimento: 237191
Cert. Nascimento Livro: 672A Cert. Nascimento Folha: 181
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: 12.840.085-0 O. Exp: SESP UF: PR Data: 10/08/2009 CPF: Cert. Nascimento UF:
E-Mail: rosyedavi@hotmail.com Cor/ Raça: Branca INEP 121934206538
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: Evangélica
Nº:
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 | Celular: 45999920547 |
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Somente com os Pais
Autorizo Imagem:



Dados do Pai

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

Dados da Mãe

CPF: 839400819-49 Nome: Rosyrene Mariano de Oliveira Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 20/03/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 5.971.473-2 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 12/03/2003
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500
Cx. Postal: E-Mail: rosy@sememail.com Religião:
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 | Celular: 45999920547 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

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: Davi Lucas de Oliveira
Nº da Carteirinha: 5.20.2943
Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu



Data de Nascimento: 15/12/2006

Nº da Guia: 1849

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2019	11:30:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Direito

Descrição

Trauma braço direito.

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