



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

RPS nº. 440627, emitido em 20/07/2021, conversão em
20/07/2021

Número da Nota
421622
Data e Hora de Emissão
20/07/2021 00:00:00
Código de Verificação
FOXYD70E

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA 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: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** GERENCIA@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviço Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 88,29

20 JUL. 2021

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$88,29

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	88,29	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.



Clínica Adventista
de Curitiba

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

1 - Registro ANS ..	2 - Número da Guia Referenciada
000000	3471

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15563

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hr.Inicial	9 - Hr.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\$
17 - Registro ANVISA do Material				18 - Referência do material no fabricante					19 - Nº Autorização de Funcionamento	
1 -	07	23/06/2021	05:22:48	05:22:48	18	60033681	1	036	1.00	88.29
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE OBSERVACAO ATE 6 HORAS										

21 - Total Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPME R\$	25 - Total Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$
0.00	0.00	0.00	0.00	88.29	0.00	88.29

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 23/06/2021	5 - Série 3471
6 - Data Validade da Série	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3471	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 377719	9 - Validade da Carteira 30/12/2021	10 - Nome MURILO HARTESKOFF MILITAO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
----------------------	--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA RESENDE SILVA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 46289	18 - UF 41	19 - Código CBO 225112	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Cartão Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/06/2021	23 - Indicação Clínica
--	------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - QI Solic.	28 - QI Autoriz.
-------------	-----------------------------	----------------	----------------	------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563
--------------------------------	--	---	---------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QI	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Aversc	46 - Valor Unidade (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-------------------	----------------	---------	----------	----------	-----------------------	--------------------------	------------------------

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	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observações / Justificativa
---	--	----------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

1 - Registro ANS
000000

9 - Número da Guia Principal
3382655000000

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

377719

9 - Validade da Carteira

30/12/2021

10 - Nome

MURILLO HARTESKOFF MILITAO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANA PAULA RESENDE SILVA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

46289

18 - UF

41

19 - Código CBO

225112

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. Ana Paula Resende Silva

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/06/2021

23 - Indicação Clínica

23/06/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

ANA PAULA RESENDE SILVA

31 - Código CNES
15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

1

37 - Hora Inicial/38 - Hora Final

05:22:48 05:22:48 22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cide

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JANE BUER

Data/Hora: 23/06/2021 06:07:09

Conta/ote: 1822717

Atendimento: 3382655

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1822717

1 / 1

Aluno: Murilo Harteskoff Militão
Nº da Carteirinha: 3.7.7719
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 27/02/2014

Nº da Guia: 3471

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2021	16:16:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo durante o intervalo e chocou-se com os colegas que estavam brincando e bateu a testa na pilastra levantando um "galo".

Testemunha da ocorrência

Telefone

Bruna

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Data

Munick (coordenadora)

22/06/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

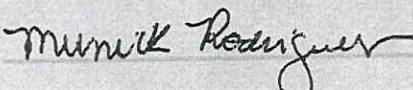
107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Colocamos gelo no local e ligamos para mãe.

Ass.:  Munick Cruz
Coord. Disciplinar

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

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 GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br