

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie

0000005525 - 1Autenticidade
JY1C-P9AR**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data de Emissão:19/04/2021 08:11:15

Competência (Serv.):04/2021

Prestação de Serviço: 19/04/2021

**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUTO BOM JESUS**Nome Fantasia:** HOSPITAL SAO PAULO**CPF/CNPJ.....:** 06.339.994/0001-51 **CCM:** 1217300 **IE:****Endereço.....:** CONSTITUICAO,489 , ZONA 01 - cep: 87200145**Município.....:** Cianorte**UF:** PR**Email.....:** contabilidade@institutobomjesus.com.br**Telefone:** 44-3019-1288 **Celular:****TOMADOR DE SERVIÇOS****Razão Social.:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**Nome Fantasia:****CPF/CNPJ.....:** 15.116.763/0004-12 **CCM:** **IE:** 04016556963**Endereço.....:** RUA ALAMEDA JÚLIA DA COSTA ,1447, BIGORRILHO - cep: 80730070**Município.....:** CURITIBA**UF:**PR**Email.....:** sst@clinicaadventista.org.br**Telefone:** (41) 3240-2925**Celular:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

Despesas Hospitalares da paciente BRENDA BRITO CORREIA.

Processo executado por: 201.55.179.248

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: www.cianorte.pr.gov.br**Valor aprox. dos tributos.****Municipais : R\$ 0,00****Federais : R\$ 0,00**

Situação de Tributação

Imune

Código do Serviço

403 - HOSPITAIS,CLÍNICAS,LABORATÓRIOS,SANATÓRIOS,MANICÔMIOS,CASAS DE SAÚDE,PRONTOS-SOCORROS,AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo					
Dedução de Materiais	Subempreitada (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	984,14	-	-	984,14

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 984,14

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR

Paciente: BRENDA BRITO CORREIA Idade: 5 anos 26/06/2015 Empresa: Senha:
Segurado: Matrícula: 4171960 Guia.: 3289 Remessa: 1 4/2021
Convenio: 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000381148 Emissao: 03/05/2021 as 08:59
Data Atendimento.: 13/04/2021 as 11:49 Saida: 13/04/2021 as 11:49 Permanencia: 1 dia
CID Prin: S698 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO PUNHO E DA MAO

=====

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	13/04	11:49		0,0	1	300,00
30.71.103/7	MEMBRO SUPERIOR	Clin.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	13/04	11:49		0,0	1	200,00
Total										---	500,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											500,00

=====

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE AMBULATORIO ATE 06 HORAS (OBSERVACAO)	0	1	13/04/21		1,00	60,000	60,00
			1	Subtotal Serv.Hosp.->>>				60,00

=====

--- Radiodiagnostico INSTITUTO BOM JESUS CNPJ: 06.339.994/0001-51

Procedimento	Descricao	Data	Perc.	Qt	C.H.	Filme Radiologico	Valor COP	Valor C.H.	Valor Total
40.80.311/2	PUNHO	13/04		1	1,2	0,1728	0,00	0,00	80,00
				1	1,2	Total Radiodiagnostico			80,00
						Total Rec. Compl. Hosp.-->>			80,00

=====

--- Materials

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
7003466.4	ATADURA DE ALGODAO ORT. 10CMX 1,8M	CREMER	13/04	11:49	UNID		2,00	16,2200	32,44
7003436.2	ATADURA DE CREPE 10CMX 1,8M	CREMER	13/04	11:49	UNID		2,00	3,1300	6,26
7003459.1	ATADURA GESSADA 10CM	CREMER	13/04	11:49	UNID		1,00	5,4400	5,44
Total de Materiais									44,14

Total Geral Materiais	--->>>	44,14
Total Mat / Med	----->>>>	44,14

INSTITUTO BOM JESUS	Fone: 00 3019-1288	C.G.C.: 06.339.994/0001-51	Cod.p/Conv: 80011547000121
Paciente: BRENDA BRITO CORREIA	Registro: 000381148	Guia.: 3289	Senha:

		Total de Taxas ----->>>	60,00
		Total de Materiais ----->>>	44,14
		Total de Mat./Med. ----->>>	44,14
1	1,2	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	80,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	104,14
		Total de Hon. Nao Cred. ->>	500,00
		Total Geral da Conta --->>>	684,14

INSTITUTO BOM JESUS Fone: 00 3019-1288 C.G.C.: 06.339.994/0001-51 Cod.p/Conv: 80011547000121
RUA DA CONSTITUICAO Bairro: CENTRO CEP: 87200-000 Municipio: CIANORTE UF.: PR

Paciente: BRENDA BRITO CORREIA	Idade: 5 anos 26/06/2015	Empresa:	Senha:	
Segurado:	Matricula: 4171960	Guia.: 3289	Remessa: 1	4/2021
Convenio: 0103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000381235	Emissao: 03/05/2021 as 09:05		
Data Atendimento.: 16/04/2021 as 11:03	Saida: 16/04/2021 as 11:03	Permanencia: 1 dia		
CID Prin: S698 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO PUNHO E DA MAO				

* --- SERVICOS PROFISSIONAIS --- *

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	Hora	Perc.	C.H.	Qt.	Valor Total
10.10.103/9	EM PRONTO SOCORRO	Clin.	21619	035.464.269-32	WAGNER AUGUSTO P	16/04	11:03		0,0	1	300,00
Total									--->>		300,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											300,00
Total de Serv. Hosp. --->>>											0,00
Total de Hon. Nao Cred. ->>											300,00
Total Geral da Conta --->>>											300,00

INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: RENATAGOMES

Entrada: 13/04/2021 às 11:49 horas.

Registro: 381148

Prontuário: 5632618

Nome: BRENDA BRITO CORREIA

Idade: 5a 9m 18d

Sexo: Feminino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 26/06/2015

Celular: 44998604821

Filiação: BRUNA PEREIRA BRITO CORREIA

e HUDSON RODRIGUES CORREIA

Endereço: RUA AGUIA

Wagner Ruivo

Numero: 562

Complemento:

CEP: 87206256

Bairro: CONJUNTO

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

Responsável: BRUNA PEREIRA BRITO CORREIA

Tel Resid: 44999531321

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUICAO ADVENTISTA

Convenio: 00306117000038304 702800693025569

Médico: VICTOR DE SOUZA DANTAS

Especialidade: Pediatria

CRM: 8289

Obs:

ADVENTISTA

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. — x — mmHg Temp.: 36.5 °C F.C.: 100 bpm F.R.: 23 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: — mg/dl Glasgow: — pts BCF: — bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Motivo da consulta: mãe refere queda e criança está queixando de dor em punho esquerdo.

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

Medicamento em Uso: (X) Sim () Não Qual? alendol

Tecnico Enfermagem: Angelica D. do Carmo Coren-PR 1379984-TEG

Maria Thereza F. Merendi Enfermeira COREN - PR 366.984

Coren/PR:

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

LIBERADO

ENTREGUE

Médico:

CRM/PR:



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Prescrição Médica:

Gravidez 30 semanas e 5 dias - pedido médico
e Pauta P. Pato

Evolução de Enfermagem:

Avisado Médico: _____ às _____ hs, por: _____

13/04/2021 às 12:45 Dr. Wagner entrou em contato pedindo
que fosse realizado talco pela Técnica Antonia da
perícia da tarde e que encaminhasse a nota
até o computador dele após curativo unguento
de Sitos

Angelica O. do Carmo
COREN-PR 1379984-TEC

13-04-13:15 horas realizado talco passado encaminhado
até consultório Dr. Wagner

Nazareth V.
Viz. de Enfermagem
COREN-PR 897.956

Data e Hora da Alta: 13 / 04 / 2021 13:30

Paciente/Responsável assina a recusa da administração do medicamento/exame: _____

FOLHA DE GASTOS

Oxigênio: INICIO _____, FIM _____ horas. Micropore: _____ cm Fita adesiva: 40 cm
Esparadrapo: _____ cm Malha Tubular: Nº 30, centímetros _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao atendimento.

II. O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao tratamento, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde.

Pauta P. Pato

Paciente ou Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: RENATAGOMES

Entrada: 16/04/2021 às 11:03 horas.

Registro: 381235

Prontuário: 5632618

Nome: BRENDA BRITO CORREIA

Idade: 5a 9m 21d

Sexo: Feminino

Profissão: MENOR

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 26/06/2015

Celular: 44998604821

Filiação: BRUNA PEREIRA BRITO CORREIA

e HUDSON RODRIGUES CORREIA

Endereço: RUA AGUIA

Numero: 562

Complemento:

Bairro: CONJUNTO

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87206256

Responsável: BRUNA PEREIRA BRITO CORREIA

Tel Resid: 44999531321

Procedência: NAO INFORMADO

Categoria: 2

Convenio: PARTICULAR

Nº convênio:

702800693025569

Médico: WAGNER AUGUSTO PEREIRA RUIVO

Especialidade: Ortopedia

CRM: 21619

Obs:

Escola Adventista

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmhg Temp.: _____ °C F.C.: _____ bpm F.R.: _____ mpm

Sat. O2: _____ % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgon: _____ pts BCF: _____ bpm

Classificação de Risco: () VERMELHO () AMARELO () VERDE (X) AZUL

Motivo da consulta: Retorno

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

Medicamento em Uso: () Sim (X) Não Qual?

Tecnico Enfermagem:

Maria Theresia F. Merendi
Enfermeira
COREN - PR 366.984

Coren/PR:

Nazareth Veir
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 897.956

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição Médica:

± 03 Dias de Antibiótico
de MSE
Ef. de guiso, a liturgia
de 12h de 12h de 12h
de 12h de 12h de 12h

Médico:

CRM/PR:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Brenda Brito Correia
Nº da Carteirinha: 4.17.1960
Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 26/06/2015

Nº da Guia: 3289



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/04/2021	11:25:00	Pátio	Atividade com a professora em espaço aberto

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava brincando com os alunos, e acidentalmente ela caiu sozinha e machucou o punho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Viviane	(44) 3018-8066
Eliomar	(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros	Data
Viviane	13/04/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Instituto Bom Jesus - Hospital São Paulo	Constituição	489	Zona 01	(44) 3019-1288

Observações
A aluna foi encaminhada para o hospital com a mãe.

Ass.: _____

Claudia Rodrigues De Souza

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br