



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

RPS nº. 592584, Série: U, emitido em 18/12/2024, conversão em 18/12/2024

Número da Nota
572179
Data e Hora de Emissão
18/12/2024 00:00:00
Código de Verificação
U5L6AF0N

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA 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:** contabilidade@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INST ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** **Outro Doc.:**
Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: Curitiba **UF:** PR **Email:** gestaosaude@clinicaadventista.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICIO HOSPITALARI | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%)
0,00 R\$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 792,92

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$792,92

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	792,92	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.

Mais informações: nota.curitiba.pr.gov.br

Agrupamento: 2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 229417

Competência: 12/2024

Entrega: 20/12/2024



Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nota Fiscal:

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Término						
04/12/2024	04/12/2024	23772		23772 2498485	4532375 ARTHUR DOS SANTOS RUFATTO	2377520	84,08
11/12/2024	11/12/2024	23919		23919 2501385	4538012 RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES	368669	708,84
						Total :	2 792,92
						Total Geral :	2 792,92



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **23772**

1 - Registro ANS: **000000** 5 - Número da Guia Principal: _____

4 - Data de Autorização: **13/12/2024** 5 - Semia: **23772** 6 - Data Validade da Semia: _____

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: **23772**

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: **2377520** 9 - Validade da Carteira: **04/12/2024** 10 - Nome: **ARTHUR DOS SANTOS RUFATTO** 11 - Cartão Nacional de Saúde: **8980051131452929** 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: **VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO** 16 - Conselho Profissional: **6** 17 - Número no Conselho: **23262** 18 - UF: **41** 19 - Código CBO: **226124** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante: _____

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento: **2** 22 - Data da Solicitação: **04/12/2024** 23 - Indicação Clínica: _____

24 - Tabela: _____ 25 - Código do Procedimento: _____ 26 - Descrição: _____ 27 - QLSolic: _____ 28 - QLAutoriz: _____

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: **04** 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada): **9** 34 - Tipo de Consulta: **1** 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 - Qdx	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acrec.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	04/12/2024	17:09:00	17:09:00	22	40801020	RX - Cranio - 3 incidencias				84,08	84,08

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Real: _____ 49 - Grau Part: _____ 50 - Código na operador/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

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

59 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$): **84,08** 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$): **0,00** 61 - Total Materiais (R\$): **0,00** 62 - Total de OPRM (R\$): **0,00** 63 - Total de Medicamentos (R\$): **0,00** 64 - Total de Gases Medicinais (R\$): **0,00** 65 - Total Geral (R\$): **84,08**

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **13476877**

1 - Registro ANS **000000** 8 - Número da Guia Principal **13476876**
 4 - Data da Autorização **04/12/2024** 5 - Semia **04/12/2024** 6 - Data Validade da Semia **04/12/2024** 7 - Nome **ARTHUR DOS SANTOS RUFATTO** 11 - Cartão Nacional de Saúde **898005113152929**
 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira **2377520** 9 - Validade da Carteira **04/12/2024** 10 - Nome **ARTHUR DOS SANTOS RUFATTO** 11 - Cartão Nacional de Saúde **898005113152929** 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 **VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO** 16 - Conselho Profissional **6** 17 - Número no Conselho **23262** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225124** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caráter Atendim: **2** 22 - Data da Solicitação **04/12/2024** 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 **RF** 30 - Nome do Contratado **VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO** 31 - Código CNES **15563**

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento **04** 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) **9** 34 - Tipo de Consulta **1** 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Trabalha	40-Procedimento	41-Descrição	42- QIde	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Acrese	46-Valor Utilitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 04/12/2024	17:03:15	17:03:15	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					

Nome: **Borges da S. Pedreira**
 -PR 14652

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- / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 58 - Assinatura do Contratado

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
 GABRIELLE, Data/Hora: 04/12/2024 19:53:43 Contat./ote: 24988485 Atendimento: 4532375 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Prontuário: 318208

Pedido: 1972624

Atend: 4532375

Paciente: **Arthur Dos Santos Rufatto**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Vanessa Regina Mezzomo De Paula Pozzo

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 04/12/2024

Dt Imagem: 04/12/2024

Dt Laudo: 05/12/2024 09:03:53

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO


Incidências: anteroposterior (AP) e perfil (P).

Análise:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro do normal radiográfico.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Jorge Alberto Ledesma
CRM/PR: 5.962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur dos Santos Rufatto
Nº da Carteira: 2.37.7520
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 09/11/2015

Nº da Guia: 23772

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2024	15:58:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pescoço

Descrição

O aluno estava na sala de aula e, ao perceber que um colega pegava alguns bilhetes do professor para entregar à turma, tentou pegar o seu e segurou o colega pelas costas, impulsionando-o para baixo. O colega caiu sobre o aluno, que bateu o lado direito da cabeça. O local não apresenta edema nem inchaço. Segundo o aluno, está dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Lúcia	(41) 99681-9583

Quem prestou primeiros socorros	Data
a Mesma	04/12/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

O aluno foi encaminhado pela monitora para a administração escolar, que o enviou para o hospital de referência. Foi realizado contato com a mãe do aluno, que solicitará ao pai que venha buscá-lo e levá-lo para a unidade de saúde indicada.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar
CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23919

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 23919		7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora 23919		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/12/2024		5 - Senha 23919		6 - Data Validade da Senha 30/12/2024		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 368669		10 - Nome RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		18 - UF 41		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO		16 - Conselho Profissional 6		19 - Código CBO 225124	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 11/12/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 36 - Data 11/12/2024		25 - Código do Procedimento 14:10:00		26 - Descrição TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas		27 - Qt. Solic. 22	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		34 - Tipo de Consulta 1		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 14:10:00 14:10:00		39 - Tabela 41001010		40 - Procedimento 41 - Descrição TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas	
36 - Data 11/12/2024		42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acessc 1.00		46 - Valor Unitário (R\$) 708.84	
47 - Valor Total (R\$) 708.84		48 - Seq. Rei.		49 - Grau Part.		50 - Código na operador/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\$) 708.84		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 708.84		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Observações / Justificativa		70 - Observações / Justificativa	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Raphael Pietro Leal Carvalhaes

Nº da Carteira: 3.6.8669

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIFM

Data de Nascimento: 05/08/2013

Nº da Guia: 23919

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/12/2024	11:28:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição
O aluno relatou que já tinha um machucado na cabeça, pois havia batido em um tobogã outro dia, fora do colégio. Hoje, estava no ginásio jogando futebol e foi defender a bola quando outro aluno, que corria na mesma direção, deu uma cabeçada onde já sentia dores (cabeça).

Testemunha da ocorrência
Monitor Allison
Telefone (41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros
Ruth Cervera - monitora
Data 11/12/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Principe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	107	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, sendo aplicado gelo no local, para aliviar a dor e sinais de inchaço. Tentativa de contato com os responsáveis via telefone e WhatsApp, para comunicar o ocorrido e orientar a levar o aluno ao médico.

Ass.:
Jaquês Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplina

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistencia medica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157