

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie

0000005863 - 1Autenticidade
5CTY-PE0D**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data de Emissão12/08/2021 13:47:41

Competência (Serv.):08/2021

Prestação de SERVIÇO 12/08/2021

**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**

Pagina 1 de 1

DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES DO PACIENTE: ENZO ROMANO ROSSI RAMOS

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\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	360,00	-	-	360,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 360,00

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: ENZO ROMANO ROSSI RAMOS Idade: 7 anos 17/05/2014 Empresa: Senha:
Segurado: Matrícula: 4171947 Guia.: 3547 Remessa: 1 8/2021
Convenio: 0103 INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA Registro: 000384758 Emissao: 12/08/2021 as 13:42
Data Atendimento...: 30/07/2021 as 16:03 Saida: 30/07/2021 as 16:03 Permanencia: 1 dia
CID Prim: S068 OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

=====

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.	23105	023.002.589-78	KATIA CILENE FER	30/07	16:03		0,0	1	250,00
Total									-->>		250,00
Total S.Prof.n/Cred.-->											250,00

=====

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
	TAXA DE CONSULTA	0	1	30/07/21		1,00	30,000	30,00
			1	Subtotal Serv.Hosp.->>>				30,00

--- 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
40.80.101/2	CRANIO - 2 INCIDENCIAS	30/07		1	1,3	0,1440	0,00	0,00	80,00
				1	1,3	Total Radiodiagnostico			80,00
						Total Rec. Compl. Hosp.--->>			80,00

		Total de Taxas ----->>>	30,00
1	1,3	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	80,00
		Total de Serv. Hosp. --->>>	30,00
		Total de Hon. Nao Cred. ->>	250,00
		Total Geral da Conta --->>>	360,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Romano Rossi Ramos

Nº da Carteirinha: 4.17.1947

Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 17/05/2014

Nº da Guia: 3547



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/07/2021	15:48:00	Casa da Árvore	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição

O aluno estava correndo e bateu contra o pilar.

Testemunha da ocorrência

Elisangela

Telefone

(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros

Elisangela e Marcio

Data

30/07/2021

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

Observações

Atendimento na unidade hospitalar.

Ass.:

Claudia Rodrigues De Souza Furquim

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

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Cianorte
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **05/02/2021**

Nome: **Enzo Romano Rossi Ramos (1947)** Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B**
Sexo: **M** Data Nascimento: **17/05/2014** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 201** Complemento: **Casa**
Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Cert. Nascimento: **087015 01 55 2014 1 00121 015 0079813 91**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **3º Tabelionato e Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: **INEP149921858784**
E-Mail: Cor/ Raça: Religião: **Espírita**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **44991720367**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **060737959-63** Nome: **Eliezer de Paula Ramos** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/05/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **91901439** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/05/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 201** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **contato@emporiodanonna.com.br** Religião: **Espírita**
Telefones: Celular: **44991720367**

Dados da Mãe

CPF: **063794489-50** Nome: **Antharys Romany Rossi** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **25/07/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: **99434789** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **01/01/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 201** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Espírita**
Telefones: Celular: **44991720367**

Dados do Responsável Legal

CPF: **060737959-63** Nome: **Eliezer de Paula Ramos** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/05/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **91901439** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/05/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 201** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **contato@emporiodanonna.com.br** Religião: **Espírita**
Telefones: Celular: **44991720367**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **060737959-63** Nome: **Eliezer de Paula Ramos** Naturalidade: **Cianorte - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/05/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: **91901439** O. Exp: **sesp** UF: **pr** Data Emissão: **05/05/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Cristóvão Colombo, 201** UF: **PR** CEP: **87200-236**
Complemento: **Casa** Bairro: **Zona 01** Cidade: **Cianorte**
Cx. Postal: E-Mail: **contato@emporiodanonna.com.br** Religião: **Espírita**
Telefones: Celular: **44991720367**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Claudio Cesar Nardes Antunes
Administrador Escolar - Ato nº
1.135.362/2017

Claudia Rodrigues de Souza Furquim
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

Responsável



INSTITUTO BOM JESUS – HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 30/07/2021 às 16:03 horas.

Registro: 384758

Prontuário: 4668516

Nome: ENZO ROMANO ROSSI RAMOS

Idade: 7a 2m 13d

Sexo: Masculino

Profissão:

Estado Civil: Solteiro

Data Nascimento: 17/05/2014

Celular: 0

Filiação: ANTHARYS ROMANY ROSSI

e ELIESE DE PEULA RAMOS

Endereço: RUA PORTO SEGURO

Numero: 270

Complemento:

Bairro: ZONA 01

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200258

Responsável: ANTHARYS ROMANY ROSSI

Tel Resid: 4436312730

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO Odontista

Nº convênio:

0

Médico: KATIA CILENE FERRARI DE MELO

Especialidade: Pediatria

CRM: 23105

Tipo Atend: URGÊNCIA

Obs:

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

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

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

Motivo da consulta: queda batido na cabeça trauma
frontal 23 kg

Alergias: () Sim (X) Não () Qual?

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

Técnico Enfermagem:

Vanda:
Enf.
COREN-PR 34055
Motta
Enfermeira
COREN-PR 34055

Coren/PR: Antônia Nazareth Veiga

Técnica de Enfermagem
COREN-PR 897 956

Enfermeiro(a):

Coren/PR:

Anamnese:

Com batida região frontal

Hipótese Diagnóstica:

HT - TCE leve

Prescrição Médica:

Rx 10 cc

INSTITUTO BOM JESUS
RADIOLOGIA

Data:

30/07/2021

Nome:

Fabio

Exame:

crânio AP + Lateral

Dra. Katia Ferrari Melo
UTI Pediátrica
CRM-PR 23105

CRM/PR:

Médico:



NOME: ENZO ROMANO ROSSI RAMOS
IDADE: 7

REGISTRO: 384758
DATA DO EXAME: 30/07/2021

RX DE CRÂNIO

Estruturas ósseas íntegras.

Ausência de calcificações patológicas intracranianas.

Sela turca normal.

CONCLUSÃO: Crânio radiologicamente normal.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR