

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Nº da Nota - Serie

0000008272 - 1

Autenticidade

O803-JS0T

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data de Emissão:24/08/2023 10:29:42

Competência (Serv.):08/2023

Prestação de SERVIÇO: 24/08/2023

**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.....: financeiro@institutobomjesus.com.br Telefone: 44-3018-7707 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

Nome Fantasia: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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.....: sesmt@clinicaadventista.org.br

Telefone: (41) 3240-2925

Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Pagina 1 de 1

DESPESAS HOSPITALARES DA PACIENTE: SOFIA VALENTINA LOURENÇO BERALDO (31.07.2023)

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: cianorte.sigiss.com.br/consulta

Valor aprox. dos tributos.

Municipais : R\$ 0,00

Federais : R\$ 0,00

Situação de Tributação

Imune

Código do SERVIÇO403 - 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	370,00	-	0,00	370,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 370,00

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	Município: CIANORTE UF.: PR

Paciente: SOFIA VALENTINA LOURENCO BERALDO	Idade: 11 anos 30/07/2012	Empresa: ,,	Senha:
Segurado:	Matricula: 4171657	Guia.: 12464	Remessa: 1 8/2023
Convenio: 103 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA	Registro: 000423196	Emissao: 24/08/2023 as 10:26	
Data Atendimento.: 31/07/2023 as 10:23	Saida: 31/07/2023 as 10:23	Permanencia: 1 dia	
CID Prin: S699 TRAUMATISMO NAO 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.	37523	906.725.269-72	DHENNIS PAUL SAR	31/07	10:23		0,0	1	250,00
										Total	250,00
										Total S.Prof.n/Cred.-->	250,00

--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---

*--- 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	
40.80.312/0	MAO OU QUIRODACTILO	31/07		1	1,2	0,0864	0,00	0,00	120,00	
					1	1,2	Total Radiodiagnostico		120,00	
									Total Rec. Compl. Hosp.-->>	120,00

	1	1,2	Total Rec. Compl. Hosp.-->>	120,00
			Total de Serv. Hosp. --->>>	0,00
			Total de Hon. Nao Cred. ->>	250,00
			Total Geral da Conta --->>>	370,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sofia Valentina Lourenço Beraldo

Nº da Carteira: 4.17.1657

Instituição: Escola Adventista de Cianorte

Data de Nascimento: 30/07/2012

Nº da Guia: 12464

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/07/2023	09:58:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estavam em aula de Educação Física executando uma atividade onde faziam passe com a bola de basquete, teve um choque de mal jeito ocasionando a torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Letícia	43 9906-0529
Monitora Mônica	44 8833-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Letícia e Monitores	31/07/2023

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

Observações

Foi prestado os primeiros atendimentos pela professora e monitores da unidade, e em seguida encaminhado para o hospital Bom Jesus.

Ass.:

Dayne Lourenço / Marcos L. Branquis

Marcos Linares Branquis

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



INSTITUTO BOM JESUS - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO PAULO

FICHA DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

Usuário: TAIS

Entrada: 31/07/2023 às 10:23 horas.

Registro: 423196

Prontuário: 2679613

Nome: SOFIA VALENTINA LOURENCO BERALDO

Idade: 11a 0m 1d

Sexo: Feminino

Profissão: NENHUM CBO

Estado Civil: Solteira

Data Nascimento: 30/07/2012

Celular: 4499131890

Filiação: LAYNE FERNANDA NERES LOURENCO

e ROMEU ROGERIO BERALDO

Endereço: RUA PORTO SEGURO

Numero: 270

Complemento: AP 54

Bairro: ZONA 01

Cidade: CIANORTE

Estado: PR

CEP: 87200258

Responsável: LAYNE FERNANDA NERES LOURENCO

Tel Resid: 0

Procedência: CASA

Categoria: 103 Convenio: INSTITUIÇÃO

Nº convênio: 01820000002862655 0

Médico: DHENNIS PAUL SANSI

Especialidade: Ortopedia

CRM: 37523

Obs:

Tipo Atend: URGÊNCIA

Sinais Vitais: P.A. _____ x _____ mmhg Temp.: 36 °C F.C.: 120 bpm F.R.: 30 mpm

Sat. O2: 98 % Glicemia Capilar: _____ mg/dl Glasgon: 15 pts BCF: _____ bpm

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

Motivo da consulta: Trauma de dedo mão E

Alergias: (✓) Sim () Não () Qual? _____

Sasha Carla Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN/PR: 662188

Medicamento em Uso: (✓) Sim () Não Qual? _____

Técnico Enfermagem: _____

Sandra T. Nogueira

Coren/PR: 892847

Enfermeiro(a): _____

Coren/PR: _____

Anamnese: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição Médica:

Ortopedia
Trauma no 4º dedo mão esquerda
EF dos dedos, 1º, 2º e 3º dedos normais
em exame + radiografia + ultrassom.

Dr. Dhennis Paul Sansi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 37523 - RQE 26742

Re mte E PAIO

Re 4º dedo mte E PAIO
Jenny

Médico: _____

CRM/PR: _____



NOME: SOFIA VALENTINA LOURENCO BERALDO

IDADE: 11

REGISTRO: 423196

DATA DO EXAME: 31/07/2023

RX DE MÃO ESQUERDA

Textura óssea normal.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Aumento de partes moles.

DR. GILBERTO DOS SANTOS
CRM: 25165 - PR