



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

RPS nº. 154810, Série: U, emitido em 10/09/2014, conversão em 10/09/2014

Número da Nota

154208

Data e Hora de Emissão

10/09/2014 00:00:00

Código de Verificação

EL65E60H

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80250060 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INST ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: ALAMEDA JULIA COSTA 1447, SN - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: Curitiba **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 39,38

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$39,38

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	39,38	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.

Agrupamento: **3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EXAMES RADIOLOGIC** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULAT**

Remessa: **42374** Competência: **09/2014** Entrega: **10/09/2014**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período		Guia TISS		Guia		Nr.Conta		Atendimento		Nr. Carteira		Valor
21/08/2014	21/08/2014	15774				508791	902893	CRISTIANO FROTA MENEZES	00			39,38
Total : 1												39,38
Total Geral : 1												39,38



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Unidade Adventista de Saúde

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

2 - Nº

15774

1 - Registro ANS 000000	3 - N. Guia Principal	4 - Data de Autorização 21/08/2014	5 - Senha 15774	6 - Data Validade da Senha	7 - Data Emissão da Guia 21/08/2014
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00	9 - Plano EMPRESARIAL	10 - Validade da Carteira 01/09/2014	11 - Nome do Beneficiário CRISTIANO FROTA MENEZES	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 206058228450003	
Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Código CNES		
16 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 26551	19 - UF PR	20 - Código CBO-S 2231.24
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação 21/08/2014 15:21:22	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 Principal	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)		
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 76591569000130	31 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFANCIA	32 - T.L.	33-34-35 - Logradouro, Número, Complemento	36 - Município	37-UF
38 - Cód. IBOGE	39 - CEP	40 - Código CNES			
41a - Cód. Operadora/CPF Exec. complementar	41 - Nome do Profissional executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44-UF	45 - Código CBO-S
46 - Grau de Participação					
Dados do Atendimento					
46 - Tipo Atendimento 05	01 - Remoção 06 - Atendimento Domiciliar	02 - Febre e Cirurgia 07 - SAGT Internado	03 - Terapias 08 - Quiroscopia	04 - Consultas 09 - Radioterapia	05 - Exames 10 - TSB Terapias Retais Substitutiva
47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		48 - Tipo de Sessão 5 - 1-Rotina 2-Rotina SADT 3-Referência 4-Intensificação 5-Ata 6-Outra			
Consulta Referência					
49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias				
Procedimentos e Exames Realizados					
51 - Data 1 21/08/2014	52 - Hr Inicial 15:21:24	53 - Hr Final 15:21:24	54 - Tabela 06	55 - Código do Procedimento 40803112	56 - Descrição Punho
57 - Cód.	58 - Via 1.0	59 - Téc. 1.0	60 - %Red/Acresc 39.38	61 - Valor Unitário - R\$ 39.38	62 - Valor Total - R\$ 39.38
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Saúde					
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$ 39.38		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 0.00		67 - Total Materiais R\$ 0.00	
68 - Total Medicamentos R\$ 0.00		69 - Total Diárias R\$ 0.00		70 - Total Gases Medicinais R\$ 0.00	
71 - Total Geral da Guia R\$ 39.38		72 - Data e Assinatura do Médico Solicitante			
73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Data e Assinatura do Prestador Executante	

Impresso por: ALESSANDRA RIBEIRO

Data/Hora: 09/09/2014 15:39:07

Conta/Lote: 508791

Atendimento: 902893

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



OPM Solicitados					
72 - Tabela	73 - Código do OPM	74 - Descrição OPM	75 - Cód.	76 - Fabricante	77 - Valor Unitário R\$
OPM Utilizados					
78 - Tabela	79 - Código do OPM	80 - Descrição OPM	81 - Cód.	82 - Código de Barras	83 - Valor Unitário R\$
					84 - Valor Total R\$
					85 - Total OPM R\$

Impresso por: ALESSANDRA RIBEIRO

Data/Hora: 09/09/2014 15:39:07

Conta/Lote: 508791

Atendimento: 902893

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



902893 265667

15774

1 - Registro ANS 3 - N. Guia Principal

000000

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Data Emissão da Guia

21/08/2014

8 - Número da Carteira

00

9 - Plano

EMPRESARIAL

10 - Validade da Carteira

01/09/2014

11 - Nome do Beneficiário

CRISTIANO FROTA MENEZES

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

206058228450003

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Código CNES

26551

16 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

26551

19 - UF

PR

20 - Código CBO-S

2231.24

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/hora da Solicitação

21/08/2014 15:21:22

22 - Caracter da Solicitação

E E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - CID 10 Principal

Z00

24 - Indicação Clínica / Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo

25 - Tabela

26 - Código do Procedimento

27 - Descrição

75

28 - CI-Solic

29 - CI-Autoriz

01

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

76591569000130

31 - Nome do Contratado

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

32 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

33 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

34 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

35 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

36 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

37 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

38 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

39 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

40 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

41 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

42 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

43 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

44 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

45 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

46 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

47 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

48 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

49 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

50 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

51 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

52 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

53 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

54 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

55 - Nome do Profissional

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

Dados do Atendimento

46 - Tipo Atendimento

05

47 - Tipo Atendimento

05

48 - Tipo Atendimento

05

49 - Tipo Atendimento

05

50 - Tipo Atendimento

05

51 - Tipo Atendimento

05

52 - Tipo Atendimento

05

53 - Tipo Atendimento

05

54 - Tipo Atendimento

05

55 - Tipo Atendimento

05

56 - Tipo Atendimento

05

57 - Tipo Atendimento

05

58 - Tipo Atendimento

05

59 - Tipo Atendimento

05

60 - Tipo Atendimento

05

61 - Tipo Atendimento

05

62 - Tipo Atendimento

05

63 - Tipo Atendimento

05

64 - Tipo Atendimento

05

65 - Tipo Atendimento

05

66 - Tipo Atendimento

05

67 - Tipo Atendimento

05

68 - Tipo Atendimento

05

69 - Tipo Atendimento

05

70 - Tipo Atendimento

05

71 - Tipo Atendimento

05

72 - Tipo Atendimento

05

73 - Tipo Atendimento

05

74 - Tipo Atendimento

05

75 - Tipo Atendimento

05

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença

A - Aguda C - Crônica

50 - Tempo de Doença

A - Anos M - Meses D - Dias

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Tabela

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Cidade

58 - Via

59 - Tec

60 - Red/Atenc

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

65 - Valor Total - R\$

66 - Valor Total - R\$

67 - Valor Total - R\$

68 - Valor Total - R\$

69 - Valor Total - R\$

70 - Valor Total - R\$

71 - Valor Total - R\$

72 - Valor Total - R\$

73 - Valor Total - R\$

74 - Valor Total - R\$

75 - Valor Total - R\$

76 - Valor Total - R\$

77 - Valor Total - R\$

78 - Valor Total - R\$

79 - Valor Total - R\$

80 - Valor Total - R\$

81 - Valor Total - R\$

82 - Valor Total - R\$

83 - Valor Total - R\$

84 - Valor Total - R\$

85 - Valor Total - R\$

86 - Valor Total - R\$

87 - Valor Total - R\$

88 - Valor Total - R\$

89 - Valor Total - R\$

90 - Valor Total - R\$

91 - Valor Total - R\$

92 - Valor Total - R\$

93 - Valor Total - R\$

94 - Valor Total - R\$

95 - Valor Total - R\$

96 - Valor Total - R\$

97 - Valor Total - R\$

98 - Valor Total - R\$

99 - Valor Total - R\$

100 - Valor Total - R\$

101 - Valor Total - R\$

102 - Valor Total - R\$

103 - Valor Total - R\$

104 - Valor Total - R\$

105 - Valor Total - R\$

106 - Valor Total - R\$

107 - Valor Total - R\$

108 - Valor Total - R\$

109 - Valor Total - R\$

110 - Valor Total - R\$

111 - Valor Total - R\$

112 - Valor Total - R\$

113 - Valor Total - R\$

114 - Valor Total - R\$

115 - Valor Total - R\$

116 - Valor Total - R\$

117 - Valor Total - R\$

118 - Valor Total - R\$

119 - Valor Total - R\$

120 - Valor Total - R\$

121 - Valor Total - R\$

122 - Valor Total - R\$

123 - Valor Total - R\$

124 - Valor Total - R\$

125 - Valor Total - R\$

126 - Valor Total - R\$

127 - Valor Total - R\$

128 - Valor Total - R\$

129 - Valor Total - R\$

130 - Valor Total - R\$

131 - Valor Total - R\$

132 - Valor Total - R\$

133 - Valor Total - R\$

134 - Valor Total - R\$

135 - Valor Total - R\$

136 - Valor Total - R\$

137 - Valor Total - R\$

138 - Valor Total - R\$

139 - Valor Total - R\$

140 - Valor Total - R\$

141 - Valor Total - R\$

142 - Valor Total - R\$

143 - Valor Total - R\$

144 - Valor Total - R\$

145 - Valor Total - R\$

146 - Valor Total - R\$

147 - Valor Total - R\$

148 - Valor Total - R\$

149 - Valor Total - R\$

150 - Valor Total - R\$

151 - Valor Total - R\$

152 - Valor Total - R\$

153 - Valor Total - R\$

154 - Valor Total - R\$

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

2 - Nº

1 - Registro ANS

326305

3 - Nº da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

14 - Nome do Contratado

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

15 - Código CNES

20 - Código CBO S

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)

25 - Tabela

26 - Código do Procedimento

27 - Descrição

28 - Qt. Solic. 29 - Qt. Autoriz.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TL

33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40a - Código na Operadora/CPF do Exec. Complementar

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

45a - Grau de Participação

Dados do Atendimento

46 - Tipo Atendimento

1 - Remoção 2 - Pequena Cirurgia 3 - Terapias 4 - Consulta 5 - Exame 6 - Atendimento Domiciliar

7 - SADT Internado 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48 - Tipo de Saída

1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

51 - Aguda C - Crônica

52 - Anos M - Meses D - Dias

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Tabela

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Qtd.

58 - Via

59 - Tec.

60 - % Red./Acresc.

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

65 - Total de Procedimentos R\$

66 - Total de Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total de Materiais R\$

68 - Total de Medicamentos R\$

69 - Total de Diárias R\$

70 - Total de Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 76246	Paciente: CRISTIANO FROTA MENEZES	Pedido: 265567
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		Data Exame: 21/08/2014 15:21:00
Exame: RADIOGRAFIA DE PUNHO AP - LAT - OBLI		Data Laudo: 22/08/2014 16:04:35

Laudo

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame de controle pós-operatório.

Fios metálicos cirúrgicos fixando o radio distal.

Imobilização gessada.

*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.



MARIANA DAMIAN MIZERKOWSKI
CRM: 21846