

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Andrey de Moraes Maricato
Nº da Carteirinha: 11.1.10338
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 14777.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/12/2023	11:21:12	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

ALUNO EM JOGO DE BASQUETE REFERE QUEDA E POSSIVEL LUXAÇÃO MSD, MEMBRO IMOBILIZADO, PACIENTE REFERE FORTE DOR E DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR O MEMBRO, APRESENTA SUDORESE, PALIDEZ DEVIDO A DOR INTENSA.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paulo Sampaio	(44) 3236-8000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	23/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorização de consulta com o ortopedista em 19/12/2023

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atenção		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Operador	
22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Descrição do Procedimento ou Item Assistencial		25 - Descrição	
26 - Descrição		27 - Data de Solicitação	
28 - Data de Solicitação		29 - Nome do Contratado	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNEB	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Hora Final	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Trc.		45 - Fator Red. Acres.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Total Geral (R\$)	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Nota Nº - Série
0000002081 - 1

Autenticidade
R1U2-IQ7C

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data da Emissão: **22/12/2023 08:06:20** Prestação de Serviço: **22/12/2023**
Competência: **12/2023**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **FISIO CENTER CIANORTE - CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO LTDA EPP**
Nome Fantasia: **FISIO CENTER CIANORTE**
CNPJ/CPF: **80.288.764/0001-63** IM: **417500** IE: **N** TELEFONE: **44-3629-1983**
Endereço: **BRASIL, 691, - ZONA 01**
CEP: **87200-169** Cidade: **CIANORTE** UF: **PR**
Email:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
Nome Fantasia: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
CNPJ/CPF: **15.116.763/0004-12** IM: IE: **04016556963** TELEFONE: **(41) 3240-2925**
Endereço: **ALAMEDA JÚLIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO**
CEP: **80730-070** Cidade: **CURITIBA** UF: **PR**
Email: **sesmt@clinicaadventista.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Serviços Prestados de Fisioterapia. (Referente à 10 sessões)

Descrição dos Serviços	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1. Avaliação Inicial	01	100,00	100,00
2. Exercícios de Alongamento	01	100,00	100,00
3. Exercícios de Fortalecimento	01	100,00	100,00
4. Exercícios de Equilíbrio	01	100,00	100,00
5. Exercícios de Coordenação Motora	01	100,00	100,00
6. Exercícios de Relaxamento	01	100,00	100,00
7. Exercícios de Respiração	01	100,00	100,00
8. Exercícios de Postura	01	100,00	100,00
9. Exercícios de Marcha	01	100,00	100,00
10. Exercícios de Flexibilidade	01	100,00	100,00

Documento emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: **172.16.20.60**
Valor Aproximado dos Tributos:
Municipal: **R\$ 26,00**
Federal: **R\$ 87,42**
Consulte a autenticidade desta Nota através do site:
<https://cianorte.sigiss.com.br/consulta>

Situação de Tributação do ISSQN
Tributada no Prestador

Código do Serviço
408 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.

INSS(R\$)	IR(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 os dados informados e NÃO implicam na base de cálculo do ISSQN.

DEDUÇÃO MATERIAL(R\$)	SUBEMPREGADA(R\$)	BASE DE CÁLCULO(R\$)	ALÍQUOTA(%)	VALOR ISS(R\$)	VALOR TOTAL(R\$)
-----------------------	-------------------	----------------------	-------------	----------------	------------------