

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Koch Scheifer
Nº da Carteirinha: 3.23.3480
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 13/07/2007

Nº da Guia: 1896

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2019	08:40:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo

Descrição
A aluna caiu na quadra e bateu o braço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 3224-9142

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	24/10/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Pontagrossense de Fraturas	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno - Ponta Grossa/PR	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
Precisa dar continuidade ao tratamento, fisioterapia.

Ass.:

Reginaldo Cataneo

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.ora.br / curitiba.clinicaadventista.ora.br

**MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Coordenadoria do ISS, ICMS e ITBI
VISCONDE DE TAUNAY, 950 - 84051900 - RONDA - PONTA GROSSA - PR**NFS-e Nota Fiscal de
Serviços Eletrônica**

Número: 678

Dt. Emissão: 09/12/2019

Autenticidade: 677618586

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO ACESSANDO O SITE: <http://tributos.pontagrossa.pr.gov.br>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00053368 CNPJ/CPF: 00.780.901/0001-43 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL

Nome/Razão Social: CLÍNICA DE FISIOTERAPIA PONTAGROSSENSE LTDA

Nome Fantasia:

Endereço:

RUA BALDUINO TAQUES, 1599 - CENTRO

Município/UF: PONTA GROSSA-PR

CEP: 84.010-050

Fone/Fax: (42) 3224-6755

E-Mail: cfpontagrossense@hotmail.com

Insc. Estadual:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 15.116.763/0004-12

Insc. Estadual: PR

Nome/Razão Social: Instituição adventista Sul Brasileira de saúde

Endereço: Alameda Julia da Costa, 1447 - Bigorrião

Município/UF: CURITIBA-PR

CEP: 80.730-070

Fone/Fax:

E-Mail:

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:

408 TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.

CNAE:

8650004

Competência:
12/2019Local da Prestação do Serviço:
PONTA GROSSA-PRSituação da NFS-e:
EMITIDANatureza da Operação:
EXIGÍVEL**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

Referente a 10 (dez) sessões de fisioterapia da paciente Amanda Koch Scheifer.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Referente a 10 (dez) sessões de fisioterapia da paciente Amanda Koch Scheifer.	1,00	500,00000	0,00	500,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,24000	11,20000	Não
PIS	0,21000	1,05000	Não
COFINS	0,98000	4,90000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,28000	1,40000	Não
CSLL	0,25000	1,25000	Não
CPP	3,04000	15,20000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
500,00	0,00	0,00	500,00	500,00

NFS-E Nº

678

Recebemos de CLÍNICA DE FISIOTERAPIA PONTAGROSSENSE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Guia	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARINIA KOCI SCHEIFFER
Dados do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira	13 - Código na Operadora 99999999999999	14 - Nome do Contratado C1 IN FORTAGROSSEENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante		16 - Conselho Profissional 06	
15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLLETRI		17 - Número no Conselho 25663	
Dados da Solicitação/Procedimento ou Item Atendimento Solicitados		18 - UF PR	
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	19 - Código CID 225.270	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	20 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]	
1 - 22	0020103662	21 - Queda Solte	
2 - 22	0050000144	22 - Queda Aut.	
3 -			
4 -			
5 -			
Dados do Contratado Executante			
28 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
1 -			40 - Código do Procedimento
2 -			41 - Descrição
3 -			
4 -			
5 -			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
8 - Sigla Ref	41 - Título Prof	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 Contratado			
59 - Assinatura do Profissional			
60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
61 - Assinatura do Contratado			
62 - Assinatura do Profissional			
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
64 - Assinatura do Contratado			
65 - Assinatura do Profissional			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
67 - Assinatura do Contratado			
68 - Assinatura do Profissional			
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
70 - Assinatura do Contratado			
71 - Assinatura do Profissional			
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
73 - Assinatura do Contratado			
74 - Assinatura do Profissional			
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
76 - Assinatura do Contratado			
77 - Assinatura do Profissional			
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Assinatura do Contratado			
80 - Assinatura do Profissional			
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
82 - Assinatura do Contratado			
83 - Assinatura do Profissional			
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
85 - Assinatura do Contratado			
86 - Assinatura do Profissional			
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
88 - Assinatura do Contratado			
89 - Assinatura do Profissional			
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Assinatura do Contratado			
92 - Assinatura do Profissional			
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
94 - Assinatura do Contratado			
95 - Assinatura do Profissional			
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
97 - Assinatura do Contratado			
98 - Assinatura do Profissional			
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
100 - Assinatura do Contratado			