

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Bianca da Silva de Moraes  
**Nº da Carteira:** 5.35.3357  
**Instituição:** Escola Adventista de Umuarama

**Data de Nascimento:** 17/12/2012

**Nº da Guia:** 13160



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 01/09/2023         | 11:00:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Braço Direito   |

| Descrição                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava na aula de educação física, quando caiu e bateu o cotovelo no chão |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Jhean - Monitor          | (44) 3055-9091 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Jhean                           | 01/09/2023 |

| Local de atendimento    | Endereço     | Nº   | Bairro | Telefone       |
|-------------------------|--------------|------|--------|----------------|
| Clínica São Judas Tadeu | Rua Guadiana | 4075 | Zona I | (44) 3624-1724 |

| Observações                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pelo monitor e encaminhado ao médico com o pai |

Ass.:

Ellen Marques Vaz Dos Santos

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA  
SECRETARIA DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
15916



|                        |                     |                          |           |                       |               |
|------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|---------------|
| Data e Hora da Emissão | 11/09/2023 15:47:15 | Competência              | 11/9/2023 | Código de Verificação | PN0K3P5OG     |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |           | Local da Prestação    | UMUARAMA - PR |

Dados do Prestador de Serviços



|                   |                                              |                     |          |           |               |
|-------------------|----------------------------------------------|---------------------|----------|-----------|---------------|
| Razão Social/Nome | INSTITUTO NOSSA SENHORA APARECIDA            |                     |          |           |               |
| Nome Fantasia     | INSTITUTO NOSSA SENHORA APARECIDA            |                     |          |           |               |
| CNPJ/CPF          | 05.961.193/0001-60                           | Inscrição Municipal | 24650    | Município | UMUARAMA - PR |
| Endereço e Cep    | AVENIDA PARANÁ, 3710 - ZONA I CEP: 87501-030 |                     |          |           |               |
| Complemento:      |                                              | Telefone:           | 36212159 | e-mail:   |               |

Dados do Tomador de Serviços

|                   |                                                      |                     |  |           |               |
|-------------------|------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|---------------|
| Razão Social/Nome | INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE       |                     |  |           |               |
| CNPJ/CPF          | 15.116.763/0004-12                                   | Inscrição Municipal |  | Município | CURITIBA - PR |
| Endereço e CEP    | AV. JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO CEP: 80730-070 |                     |  |           |               |
| Complemento:      | CASA                                                 | Telefone:           |  | e-mail:   |               |

Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|     |  |        |  |         |  |           |  |           |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|
| PIS |  | COFINS |  | IR(R\$) |  | INSS(R\$) |  | CSLL(R\$) |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

Outras Retenções

Cálculo do ISSQN devido no Município

|                             |        |                            |                                |                 |
|-----------------------------|--------|----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Valor dos Serviços R\$      | 330,00 | Natureza Operação          | Valor dos Serviços R\$         | 330,00          |
| (-) Desconto Incondicionado |        | 1-Tributação no município  | (-) Deduções permitidas em lei |                 |
| (-) Desconto Condicionado   |        | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    |                 |
| (-) Retenções Federais      | 0,00   | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 330,00          |
| Outras Retenções            |        | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 3,00            |
| (-) ISS Retido              | 0,00   | 2 - Não                    | ISS a reter:                   | ( ) Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$       | 330,00 | Incentivador Cultura       | (=) Valor do ISS: R\$          | 9,90            |
|                             |        | 2-Não                      |                                |                 |

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.  
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, UMUARAMA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

RECIBO.

RECEBI R\$ 330,00 (TREZENTOS E TRINTA REAIS)

Clinica São Judas  
Tadeu

INSTITUIÇÃO ADEVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE.

CNPJ: 15116763/0004-12

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 04.01.655.696-3

ALAMEDA JÚLIA DA COSTA, 1447, BIGORRILHO-CEP. 80730-070

CURITIBA-PR.

CONSULTA 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS)

CID S53.4

VALOR DO PROCEDIMENTO 80,00 (OITENTA REAIS)

30711010

UMUARAMA, 04 DE SETEMBRO 2023.

DR LEONARDO WELTER JR

CPF: 18587011987

Dr. Leonardo Welter Jr.

Ortopedia e Traumatologia

CRM 5233 SBOT 4009