

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** João Victor Maciel  
**Nº da Carteira:** 5.35.2839  
**Instituição:** Escola Adventista de Umuarama



**Data de Nascimento:** 19/10/2007

**Nº da Guia:** 8965

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                |
|--------------------|----------|--------|--------------------------|
| 09/11/2022         | 10:26:00 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo                  |
|-----------------|----------------------------------|
| Choque com bola | Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

O aluno estava jogando bola, quando outro aluno chutou a bola e bateu no polegar direito.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Thiago Lima Souza        | (44) 36055-9091 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Thiago Lima Souza               | 09/11/2022 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

## Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar e encaminhado para atendimento médico.

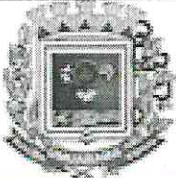
Ass.:

Danielle Faltz dos Santos Souza

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)



|                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|--------------------------------|--|--------------|--|-----------------|--|
|                     |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA</b><br><b>SECRETARIA DE FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                                                               |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>1997</b> |  |  |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                               |  | 14/11/2022 10:39:47                                                                                                                                                                                                                       |  | Competência                |  | 14/11/2022                            |  | Código de Verificação                                                               |  | WWWIBURIF                            |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Número do RPS                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | No. da NFS-e substituída   |  |                                       |  | Local da Prestação                                                                  |  | UMUARAMA - PR                        |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Dados do Prestador de Serviços                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Razão Social/Nome                                                                                    |  | A T MEYER & CIA LTDA EPP                                                                                                                                                                                                                  |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Nome Fantasia                                                                                        |  | COOPERATIVA DE ORTOPEDISTAS DE UMUARAMA                                                                                                                                                                                                   |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| CNPJ/CPF                                                                                             |  | 05.758.629/0001-19                                                                                                                                                                                                                        |  | Inscrição Municipal        |  | 22208                                 |  | Município                                                                           |  | UMUARAMA - PR                        |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Endereço e Cep                                                                                       |  | RUA ANTÔNIO OSTRENSKI ,3818 - ZONA I CEP: 87501-320                                                                                                                                                                                       |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Complemento:                                                                                         |  | SALAORTOPE                                                                                                                                                                                                                                |  | Telefone:                  |  | 36228134                              |  | e-mail:                                                                             |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Dados do Tomador de Serviços                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Razão Social/Nome                                                                                    |  | Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde                                                                                                                                                                                            |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| CNPJ/CPF                                                                                             |  | 15.116.763/0004-12                                                                                                                                                                                                                        |  | Inscrição Municipal        |  |                                       |  | Município                                                                           |  | CURITIBA - PR                        |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Endereço e CEP                                                                                       |  | Rua Alameda Julia da Costa ,1447 - Bigorilo CEP: 80730-070                                                                                                                                                                                |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Complemento:                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | Telefone:                  |  | (44)3055-9091                         |  | e-mail:                                                                             |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Discriminação dos Serviços                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Referente atendimento na area da Ortopedia.                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Valor aproximado dos tributos R\$ 220,00 x 15.72%= R\$ 34.58 fonte IBPT                              |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Código do Serviço / Atividade                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| 4.03 / 8630502 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Código da Obra                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  | Código ART                                                                          |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Tributos Federais                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| PIS                                                                                                  |  | 1,43                                                                                                                                                                                                                                      |  | COFINS                     |  | 6,60                                  |  | IR(R\$)                                                                             |  | 3,30                                 |  | INSS(R\$)                 |  |                                |  | CSLL(R\$)    |  | 2,20            |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  | Outras Retenções                      |  |                                                                                     |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Valor dos Serviços R\$                                                                               |  | 220,00                                                                                                                                                                                                                                    |  | Natureza Operação          |  | Valor dos Serviços R\$                |  | 220,00                                                                              |  | (-) Desconto Incondicionado          |  | 1-Tributação no município |  | (-) Deduções permitidas em lei |  |              |  |                 |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | Regime especial Tributação |  | (-) Desconto Incondicionado           |  |                                                                                     |  | Base de Cálculo                      |  | 220,00                    |  |                                |  |              |  |                 |  |
| (-) Retenções Federais                                                                               |  | 13,53                                                                                                                                                                                                                                     |  | Opção Simples Nacional     |  | (x) Alíquota %                        |  | 3,00                                                                                |  | (-) ISS Retido                       |  | 0,00                      |  | 2 - Não                        |  | ISS a reter: |  | ( ) Sim (X) Não |  |
| Outras Retenções                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | Incentivador Cultura       |  | (-) Valor do ISS: R\$                 |  | 6,60                                                                                |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| (-) Valor Líquido R\$                                                                                |  | 206,47                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2-Não                      |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |
| Avisos                                                                                               |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, UMUARAMA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. |  |                            |  |                                       |  |                                                                                     |  |                                      |  |                           |  |                                |  |              |  |                 |  |



Clínica São Judas  
Tadeu

RECIBO.

RECEBI: 220,00 (DUZENTOS E VINTE REAIS)

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: 220,00(DUZENTOS E VINTE REAIS)

S63.0

PACIENTE: JOÃO VICTOR MACIEL

UMUARAMA,14 NOVEMBRO DE 2022.

DR LEONARDO WELTER JR

CPF:18587011987

Dr. Leonardo Welter Jr.

Ortopedia e Traumatologia

CRM 5233. SBOT 4009

R. Guadiana, 4075 - centro - fone: (44) 3624-1724 - Umuarama-Pr.  
Emergências: H. N. Sra. Aparecida - Fone: 3621-2177