

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Victor Terres Rodrigues

Nº da Carteirinha: 11.1.12304

Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/08/2007

Nº da Guia: 17155.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/05/2024	13:28:47	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Jogo de vôlei. Aluno pisou na bola e torceu o pé. Edema 3+/4+, sinais de luxação. TEC <2s, pulso +.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	23/04/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

Autorizado retorno em Clínica de Especialidades - Ortopedia no dia 08/05/2024 às 10h35.

Ass.: 
Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR-715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

2 - Nº Guia no Prestador 230

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		8 - Nome Social		12 - Aluguel a RN N	
8 - Número da Carteira 123456		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome		11 - Nome do Contratado	
JOAO VICTOR TERRES RODRIGUES		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		17 - Número no Conselho 28684	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Indicação Clínica		22 - Data da Solicitação 08/05/2024		23 - Caracter do Atendimento	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484		26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO		27 - QI Solic. 10	
28 - QI Autoriz. 0		29 - Código da Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		31 - Código CNES 9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Orde		43 - Via	
44 - % Res / Acresc.		45 - Valor Unitário (R\$)		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref		49 - Gr. 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 Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização de Procedimento em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Responsável		71 - Assinatura do Responsável	
72 - Assinatura do Responsável		73 - Assinatura do Responsável		74 - Assinatura do Responsável		75 - Assinatura do Responsável	
76 - Assinatura do Responsável		77 - Assinatura do Responsável		78 - Assinatura do Responsável		79 - Assinatura do Responsável	
80 - Assinatura do Responsável		81 - Assinatura do Responsável		82 - Assinatura do Responsável		83 - Assinatura do Responsável	
84 - Assinatura do Responsável		85 - Assinatura do Responsável		86 - Assinatura do Responsável		87 - Assinatura do Responsável	
88 - Assinatura do Responsável		89 - Assinatura do Responsável		90 - Assinatura do Responsável		91 - Assinatura do Responsável	
92 - Assinatura do Responsável		93 - Assinatura do Responsável		94 - Assinatura do Responsável		95 - Assinatura do Responsável	
96 - Assinatura do Responsável		97 - Assinatura do Responsável		98 - Assinatura do Responsável		99 - Assinatura do Responsável	



Prefeitura do Município de Maringá - PR
Secretaria Municipal de Fazenda
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número	2833
Competência	06/2024
Emitida em	24/06/2024 10:06:57

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **K E GOMES BARBAO - CLINICA DE FISIOTERAPIA - ME**
Nome Fantasia: **K E GOMES BARBAO - CLINICA DE FISIOTERAPIA - ME**
CPF/CNPJ: **10.214.206/0001-78** Inscrição Municipal: **121903**
Endereço: **AV. JOAQUIM DUARTE MOLEIRINHO, 2617 - GLEBA PATRIMÔNIO MARINGÁ - ANDAR 1- LT.245-C-3 E 245-C-4 - 87060350**
Telefone: Email: Município: **Maringá - PR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **INSTITUTO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
CPF/CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Endereço: **JULIA DA COSTA , 1.447 - BIGORRILHO - 80730070**
Telefone: Email: Município: **Curitiba - PR**

Discriminação dos serviços:
Ref. serviços prestados de Fisioterapia.

Valor Total da NFS-e **R\$ 774,00**

Código de Tributação
040801 - Terapia ocupacional.

Valor Serviços R\$ 774,00		Desc. Incondicional R\$ 0,00	Desc. Condicional R\$ 0,00	Deduções da Base R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$774,00
Alíquota ISS 3,00%	Valor ISS R\$23,22		Valor ISS retido R\$ 0,00	Valor PIS R\$ 0,00	Valor COFINS R\$ 0,00
Valor IR R\$ 0,00	Valor INSS R\$ 0,00	Valor CSLL R\$ 0,00	Valor Outras Retenções R\$ 0,00	Valor Liquido R\$ 774,00	
Optante Simples Não	Regime Normal	Situação NFS-e Normal	Natureza da Operação Exigível	Município de Incidência Maringá-PR	Resp. Recolhimento do ISS Prestador

Outras informações:
Esta NFS-e foi emitida com fundamento no Decreto Municipal Nº 1427/2012
Consulte a autenticidade deste documento em <https://nfse.ecity.maringa.pr.gov.br/VerificarAutenticidade>

CONSULTE A AUTENTICIDADE UTILIZANDO O CÓDIGO



L 1 Z 0 Z B K 0 L

Código de Verificação
L1Z0ZBK0L