

	MUNICÍPIO DE IVATUBA GERÊNCIA DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO				NFS-e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	GERÊNCIA DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR				Número:	2
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Dt. Emissão:	30/07/2020
					Autenticidade:	161809141

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO ACESSANDO O SITE: www.ivatuba.pr.gov.br

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal: 00740165	CNPJ/CPF: 044.576.309-42	Regime Fiscal: LUCRO REAL	
	Nome/Razão Social: CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS			
	Nome Fantasia:			
	Endereço:			
	LOTEAMENTO LOTE 80 - GLEBA PAICANDU, 10, CASA - IAP			
	Município/UF: Ivatuba-PR		CEP: 87.130-000	Insc. Estadual:
	Fone/Fax:	E-Mail:		

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	CNPJ/CPF: 15.116.763/0004-12	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social: Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde		
Endereço: Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho		
Município/UF: Curitiba-PR		CEP: 80.730-070
Fone/Fax: (41) 3240-2934	E-Mail:	

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:			CNAE:
4080 TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.			8650004
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
7/2020	Ivatuba-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

1 consulta e 10 sessões de fisioterapia Paciente Guilherme Macêdo de Miranda
--

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Sessões de Fisioterapia	UN	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	Consulta de Fisioterapia	UN	1,00	65,00000	0,00	65,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	13,35000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 445,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 445,00	Valor Total da NFS-e: 445,00
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

RELATÓRIO FISIOTERAPIA

Nome: Guilherme Macedo de Miranda

Convênio: Proasa

Data de Nascimento: 22/05//2013

Diagnóstico Medico: Lesão em LCA

USO DE DISPOSITIVO E MATERIAIS

Terapia manual, Faixa elástica, TENS

RESUMO DA HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL

Paciente se lesionou jogando bola, apresenta lesão em LCA, com muita dor, ficando com a ADM limitada por cerca de 3 semanas.

PLANO TERAPEUTICO

Melhorar a ADM; Aliviar a dor; Fortalecer musculatura de coxa; Retornar as AVDs,; Trabalhar equilíbrio, descarga de peso e marcha; Melhorar a qualidade de vida.

TRATAMENTO

Realizado terapia manual com mobilizações passivas e ativas de joelho e drenagem linfática para diminuição de edema. Exercícios com faixa para alongamento da musculatura de MMII e tbm exercícios de fortalecimento muscular de panturrilha, exercícios diversos com peso do corpo para fortalecimento muscular de quadríceps, bíceps de coxa, musculatura adutora e adutora, glúteo e iliopsoas. Alongamentos dessas musculaturas e TENS. Exercícios de equilíbrio e propriocepção.

Houve alteração do quadro?

SIM	☒
NÃO, PIOROU	☐
MANTEVE-SE ESTÁVEL	☐

JUSTIFIQUE

Paciente apresenta diminuição de edema, ADM próximo ao normal, mas ainda precisa de maior ganho e força muscular e melhorar descarga de peso e marcha.



FT. Carla Betania Huf Ferraz Campos

SEGURO SAÚDE

Clínica Adventista

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Página 1/1

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 01/07/2020		5 - Senha -----	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10 - Nome GUILHERME MACEDO DE MIRANDA
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS	
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS		16 - Conselho Profissional CRF	17 - Número no Conselho 93701-F
18 - UF PR	19 - Código CBO 223605	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento E	22 - Data da Solicitação 01/07/2020	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 50000160	26 - Descrição SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO DECORRENTE DE ALTER	
27 - Qtd. Solic. 10		28 - Qtd. Aut. 10	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 9156 / 04457630942		30 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS	
31 - Código CNES 9999999			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 4	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição		
42 - Qtd.	43 - Vía	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
1- / / : a :			
2- / / : a :			
3- / / : a :			
4- / / : a :			
5- / / : a :			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- 01/07/2020	2- 02/07/2020	3- 03/07/2020	4- 04/07/2020
5- 05/07/2020	6- 06/07/2020	7- 07/07/2020	8- 08/07/2020
9- 09/07/2020	10- 10/07/2020	11- 11/07/2020	12- 12/07/2020
58 - Observação / *** OBS: 10 SESSÕES Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Guilherme Macêdo de Miranda

Nº da Carteira: 11.4.164

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 08/05/2000

Nº da Guia: 2138.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/05/2020	15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava jogando futebol, ao correr esticou a perna e estalou o joelho E. O mesmo relatou sentir muita dor

Testemunha da ocorrência

Gilberto

Telefone

(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros

Célia Damasceno

Data

11/05/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Carla Betânia Huf Ferraz Campos	Gleba Paçandu	80	Zona Rural	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Sessões de Fisioterapia

Ass.: _____

Sueli Governo

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

2/07/2020