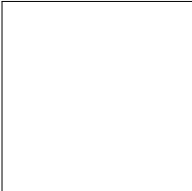


	MUNICÍPIO DE IVATUBA GERÊNCIA DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número: 4 Emissão: 02/12/2020 Autenticidade: 380277313		
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:		Emissão RPS:

SITE AUTENTICIDADE: <https://ivatuba.iss.elotech.com.br/autenticar-documento-fiscal>

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		
	Fone/Fax:		E-Mail:	carla_betania@hotmail.com		

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 - Bigorriho		
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:		
408 Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.	8650004		
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
12/2020	Ivatuba-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

10 sessões de fisio no aluno GUILHERME M MIRANDA 01 consulta de fisio no aluno DIEGO G NOBREGA 10 sessões de fisio no aluno DIEGO G NOBREGA 01 consulta de fisio no aluno KARINE A. ROSARIO 10 sessões de fisio no aluno KARINE A. ROSARIO 15 sessões de fisio no aluno EMILLY GABRIELLY O BOGO
--

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Sessões de fisio no aluno EMILLY GABRIELLY O BOGO	15,00	38,00000	0,00	570,00
SIM	Sessões de fisio no aluno KARINE A. ROSARIO	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	Consulta de fisio no aluno KARINE A. ROSARIO	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno DIEGO G NOBREGA	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	consulta de fisio no aluno DIEGO G NOBREGA	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno GUILHERME M MIRANDA	10,00	38,00000	0,00	380,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	55,20000	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:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
1.840,00	0,00	0,00	1.840,00	1.840,00

NFS-E Nº 4	Recebemos de CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____/____/____ Assinatura: _____
----------------------------------	---

Diego Gonzales Nobrega

10 fisioterapias ced: 20103115

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 // TEOT 15284

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 370070		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização _/_/__/__		5 - Senha _____	
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Senha _/_/__/__	
8 - Número da Carteira _____		7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora _____	
9 - Validade da Carteira _/_/__/__		10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGO	
Dados do Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
13 - Código na Operadora _____		12 - Atendimento a RN _____	
14 - Nome do Contratado _____			
15 - Nome do Profissional Solicitante _____		16 - Conselho Profissional _____	
17 - Número no Conselho _____		18 - UF ____	
19 - Código CBO _____		20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento _____		22 - Data da Solicitação _/_/__/__	
23 - Indicação Clínica FISIOTERAPIA PÉ ESQUERDO			
24 - Tabela 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____	
26 - Descrição _____		27 - Qtd. Sols. _____	
28 - Qtd. Aut. _____			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora _____		30 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS	
Dados do Atendimento		31 - Código CNES _____	
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
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição		
42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
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 de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- 21.09.2020	3- 28.09.2020	5- 07.10.2020	7- 21.10.2020
2- 23.09.2020	4- 05.10.2020	6- 19.10.2020	8- 26.10.2020
9- 28.10.2020 10- 29.10.2020			
58 - Observação / 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: Diego Gonzales Nóbrega
Nº da Carteira: 11.4.1301
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 21/08/2001

Nº da Guia: 2150.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/06/2020	21:15:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava jogando voley em uma roda de amigos, ao saltar para dar um corte na bola, perdeu o equilíbrio e caiu de ponta de pé, virando os dedos do mesmo pé. Apresentando edema em pé esquerdo, dor e hematoma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(44) 03236-8282
Alisson Ubrajara	(44) 99986-4492

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

Motivo do Retorno

Aluno encaminhado à fisioterapia, com pedido medico. 10 sessões.

Ass.:

Célia T. D. da Silva

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 11

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMB 0		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuída pelo Operador	
8 - Número da Carteira 11100086		9 - Validade da Carteira 12/12/2020	
10 - Nome EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RH N			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante ELCIO VALLOTO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 30403		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 09/03/2020	
23 - Indicação Clínica TRAUMA TORCIONAL JOELHO DIREITO / 2 SEMANAS / FUTEBOL // SUSPEITA DE INSTABILIDADE ANTERIOR		24 - Tabeta 1 22 20103484	
25 - Descrição PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO		26 - Qtd. Selo 10	
27 - Qtd. Autoriz 0			
28 - Código CBO 9365230			
29 - Código da Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
31 - Tipo de Atendimento 4		32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
33 - Tipo de Consulta		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
35 - Data		36 - Hr. Inicial	
37 - Hr. Final		38 - Tabeta	
39 - Código do Procedimento		40 - Descrição	
41 - Qtd.		42 - Qtd. 43 - Via	
44 - Tec.		45 - % Red / Acres.	
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 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gastos Medicamentos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: EVJ/JROR Data/Hora: 08/03/2020 14:58:11 Conta/Lote: 5998029 Atendimento: 5998029 Convênio: INIST.AZENTISTA-AP *5998029*



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 370070		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira		10 - Nome EMILLY GABRIELI OLIVEIRA CARDOSO	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado			
15 - Nome do Profissional Solicitante ELCIO VALLOTO JUNIOR		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
		28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS	
31 - Código CNES			
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		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red. Acres.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
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 de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / 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: Emilly Gabrieli Oliveira Bogo
Nº da Carteira: 11.4.86
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 30/09/2000

Nº da Guia: 2064.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/02/2020	03:49:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Posterior da Coxa Direita

Descrição

Torção em MID. Jogo de futsal, ao rotacionar o corpo para pegar a bolsa, refere torção na perna que não fez o mesmo movimento do corpo. Refere algia em região posterior da coxa em região poplítea. Membro imobilizado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Beatriz Ferreira	(44) 99894-5690

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

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada a fisioterapia a pedido médico. 10 sessões.

Ass.:

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno da

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

2 - Nº Guia no Prestador **16**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuída para Operadora
6 - Data Validade da Senha			

Dados do Beneficiário		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 1114		9 - Validade da Carteira 01/01/2025		GUILHERME MACEDO DE MIRANDA		N	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código da Operadora 23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28801
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 27/05/2020		RUTURA PARCIAL DE LCA JOELHO ESQUERDO + LESAO MENISCAL S835		Dr. Diogenes E. de Carvalho Jr.	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 20103441		26 - Descrição FISIOTERAPIA MOTORA	
27 - Qt. Solic. 10		28 - Qt. Autoriz. 0		Medico CRM/PR 28801	

Dados do Contratado Contratante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora 238763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		9365230	
32 - Tipo Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					

Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hs Inicial		38 - Hs Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd		43 - Via		44 - Téc.		45 - % Rad / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	

Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)				52 - Conselho Profissional				53 - Nome no Conselho				54 - UF				55 - Código CBO			
48 - Seq. Ref				49 - Gr. Pat				50 - Código na operadora/CPP				51 - Nome do Profissional							

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -		2 -	
3 -		4 -	
5 -		6 -	
7 -		8 -	
9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa			

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Material (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: DECAJON Data/Hora: 27/05/2020 16:39:22 Conteúdo: 6065964 Atendimento: 6065964 Contrato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



SEGURO SAUDE Clínica Adventista

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

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		Página: 1/1	
4 - Data de Autorização 01/07/2020		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome GUILHERME MACEDO DE MIRANDA		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
13 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS		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		21 - Caracter do Atendimento E	
22 - Data da Solicitação 01/07/2020		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 50000160	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO DECORRENTE DE ALTER		27 - Qtd. Sess. 10	
28 - Qtd. Aut. 10		29 - Qtd. Aut. 10		30 - Qtd. Aut. 10	
31 - Código CBO 9999999		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 4		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.	
43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Rel.	
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 de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / *** OBS: 10 SESSÕES		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		69 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Guilherme Macêdo de Miranda

Nº da Carteirinha: 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	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia Damasceno	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

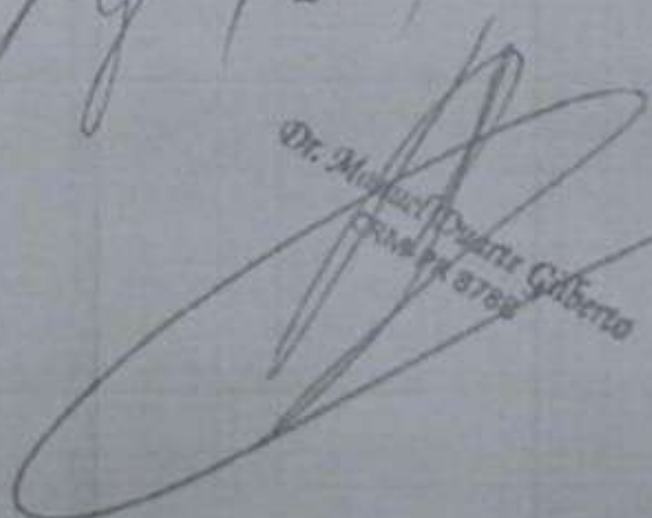
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Lt. Marinne Anayde Mendo
Kraus

Solicito,
Fisioterapia 10 sessões
P/ Lumbocatalgia

Ass, 16/9/2020


Dr. Miguel Duarte Gilbeto
CRM 84.378



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
3.700.70

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

SAC 0800 41 4554

Deficientes auditivos 0800 642 2009

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

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

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CPP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização dos Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 23.09.2020

KR

3- 05.10.2020

KR

5- 14.10.2020

KR

7- 23.10.2020

KR

9- 28.10.2020

KR

2- 28.09.2020

KR

4- 07.10.2020

KR

6- 21.10.2020

KR

8- 26.10.2020

KR

10- 30.10.2020

KR

58 - Observação / 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 Classes 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: Karinne Lauany de Arruda Rosário
Nº da Carteirinha: 11.4.495
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 02/11/1999

Nº da Guia: 2159.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/09/2020	20:30:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Durante o período de estudo.

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de um banquinho.	Glúteos

Descrição

A aluna interna relata que estava sentada em um banquinho no período de aula online, ela foi encostar na parede, então o banquinho escorregou e ela caiu sentada. Refere muita dor na região lombar e pubiana. Apresenta dificuldade ao caminhar devido a intensidade da dor. Foi ao médico no dia 09/09/20

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriellen Oliveira Buzzi	(13) 99607-7050

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gabriellen Oliveira Buzzi	

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

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à fisioterapia a pedido médico. Dez sessões.

Ass.:

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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