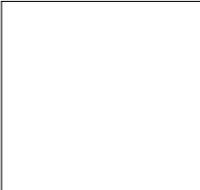


	<b>MUNICÍPIO DE IVATUBA</b> <b>GERÊNCIA DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO</b> MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR		<b>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b>  <b>Número:</b> 4 <b>Emissão:</b> 02/12/2020 <b>Autenticidade:</b> 380277313	
	<b>Núm. do RPS:</b> <b>Série do RPS:</b> <b>Tipo do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

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

**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

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

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

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

**DEFINIÇÃO DO SERVIÇO**

<b>Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:</b>		<b>CNAE:</b>
408 Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.		8650004
<b>Competência:</b>	<b>Local da Prestação do Serviço:</b>	<b>Situação da NFS-e:</b>
12/2020	Ivatuba-PR	EMITIDA
		<b>Natureza da Operação:</b> 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**

<b>Base de Cálculo do ISSQN:</b>	<b>Valor Total Descontos:</b>	<b>Valor Total das Deduções:</b>	<b>Valor Líquido da NFS-e:</b>	<b>Valor Total da NFS-e:</b>
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 eed: 20103115

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

**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 **DIEGO GONZALES NOBREGO** 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 Itens Assistenciais Solicitados  
21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica **FISIOTERAPIA PÉ ESQUERDO**

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1				
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante  
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./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	9 - 28/10/2020
2 - 23/09/2020	4 - 05/10/2020	6 - 19/10/2020	8 - 26/10/2020	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 ANS <b>0</b>		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora	
8 - Número da Carteira <b>11100086</b>		9 - Validade da Carteira <b>12/12/2020</b>	
10 - Nome <b>EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RH <b>N</b>			
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>ELCIO VALLOTO JUNIOR</b>		16 - Conselho Profissional <b>6</b>	
17 - Número no Conselho <b>30403</b>		18 - UF <b>41</b>	
19 - Código CBO <b>225270</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Elcio Valloto Jr.</i>	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data de Solução <b>09/03/2020</b>	
23 - Indicação Clínica <b>TRAUMA TORCIONAL JOELHO DIREITO / 2 SEMANAS / FUTEBOL // SUSPEITA DE INSTABILIDADE ANTERIOR</b>		24 - Descrição <b>PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO</b>	
25 - Tabeta <b>1</b>	26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>22</b>	27 - Qt. Selo <b>10</b>	28 - Qt. Autoriz <b>0</b>
29 - Código da Operadora <b>238763040001</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR</b>	
31 - Código CBO <b>9365230</b>			
32 - Tipo Atendimento <b>4</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hr. Inicial	
38 - Hr. Final		39 - Tabeta	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
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 Medicinas (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			
Impressão por: EV JUROR		Data Hora: 08/03/2020 14:58:17	
Conta/Lote: 5998029		Atendimento: 5998029	
Convênio: INHT.ADVENTISTA-AP		<b>*5998029*</b>	

**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 BOGO** 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.
1				
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante  
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./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 - 09/09/2020 2 - 14/09/2020 3 - 16/09/2020 4 - 21/09/2020 5 - 22/09/2020 6 - 23/09/2020 7 - 24/09/2020 8 - 25/09/2020 9 - 26/09/2020 10 - 27/09/2020

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



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

Table with 5 columns: 24-Tabela, 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial, 26- Descrição, 27-Qtds. Solic., 28-Qtds. Aut. Rows 1-5.

Dados do Contratado Executante 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

Table with 10 columns: 36-Data, 37-Hora Inicial, 38-Hora Final, 39-Tabela, 40-Código do Procedimento, 41-Descrição, 42 - Qtds., 43-Via, 44-Tec., 45-Fator Red./Acresc., 46-Valor Unitário (R\$), 47-Valor Total (R\$). Rows 1-5.

Table with 5 columns: 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. Rows 1-5.

56-Data de Realização de Procedimentos em Séria 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável. Rows 1-10 with dates and signatures.

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: Emily 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)

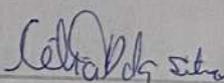
O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Posterior da Coxa Direita

**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 poplíteia. 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 - 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 **16**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>0</b>		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuída para Operadora	
8 - Número da Carteira <b>1114</b>		9 - Validade da Carteira <b>01/01/2025</b>	
10 - Nome <b>GUILHERME MACEDO DE MIRANDA</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN <b>N</b>			
13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>		14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR</b>		16 - Conselho Profissional <b>06</b>	
17 - Número no Conselho <b>28801</b>		18 - UF <b>41</b>	
19 - Código CBO <b>225270</b>		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação <b>27/05/2020</b>	
23 - Indicação Clínica <b>RUTURA PARCIAL DE LCA JOELHO ESQUERDO + LESAO MENISCAL S835</b>		24 - Nome do Profissional <b>Dr. Diogenes E. de Carvalho Jr.</b>	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>20103441</b>		26 - Descrição <b>FISIOTERAPIA MOTORA</b>	
27 - Qt. Solic. <b>10</b>		28 - Qt. Autoriz. <b>0</b>	
29 - Código da Operadora <b>238763040001</b>		30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR</b>	
31 - Código CNES <b>9365230</b>			
32 - Tipo Atendimento <b>4</b>		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hs. Inicial	
38 - Hs. Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Pat.	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Nômam no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
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 Materiais (R\$)		62 - Total de GPME (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: DECAJUNIOR		Data/Hora: 27/05/2020 08:39:22	
Conta/Log: 6068964		Atendimento: 6088964	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC			

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de 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 <b>GUILHERME MACEDO DE MIRANDA</b>	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 de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
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
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 9156 / 04457630942		30 - Nome do Contratado CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS	
			31 - Código ANES 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 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red. (Acrasc.)	46 - Valor Unitário (R\$)
			47 - Valor Total (R\$)
1- / /	:	:	
2- / /	:	:	
3- / /	:	:	
4- / /	:	:	
5- / /	:	:	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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			
1- 01/07/2020 Guilherme M. - 06/07/20 Guilherme M. - 08/07/20 Guilherme M. - 13/07/20 Guilherme M. - 15/07/20 Guilherme M.			
2- 02/07/20 Guilherme M. - 09/07/20 Guilherme M. - 09/07/20 Guilherme M. - 14/07/20 Guilherme M. - 16/07/20 Guilherme M.			
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 <i>Guilherme M. de Miranda</i>	
		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	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

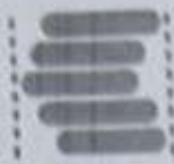
Sessões de Fisioterapia

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



Clínica de Ortopedia  
Santa Rita

Dr. Maximiliano Anaya de la Cruz

Solicito,

Fisioterapia 10 sesiones

P. Lumbosacral

16/9/2020

Dr. Miguel Ángel Gilberto  
C.R. 14.378



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

2-ª 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

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

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 de Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter 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 Contratado Executor

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 de 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) Executor(es)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof. 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 - 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 Carteira: 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