

	MUNICÍPIO DE IVATUBA		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	E TRIBUTAÇÃO		Número: 6		
	MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR		Emissão: 16/07/2021		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 910824169	

SITE AUTENTICIDADE: <https://ivatuba.oxy.elotech.com.br/iss/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:	Insc. Estadual:				
	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:
7/2021	Ivatuba-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Sessões de Fisioterapia

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Consulta de Fisio aluno GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessão de Fisio aluno GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	Consulta de fisio no aluno EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	Consulta de fisio no aluno JOSÉ FERREIRA NETO	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno JOSÉ FERREIRA NETO	10,00	38,00000	0,00	380,00
SIM	Consulta de fisio no aluno CAMILE GOULART DE OLIVEIRA	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno CAMILE GOULART DE OLIVEIRA	10,00	38,00000	0,00	380,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	53,40000	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

<i>Tributo</i>	<i>Alíquota</i>	<i>Valor</i>	<i>Retido</i>
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:
1.780,00	0,00	0,00	1.780,00	1.780,00

NFS-E Nº 6	Recebemos de CARLA BETANIA HUF FERRAZ CAMPOS, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.	
	DATA: ____/____/____	Assinatura: _____

Dr(a): ANDRE ALBERTI CASADEI

Para: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

20 SESSOES

HD:LUXAÇÃO OMBRO DIR

Dr. André Alberti Casadei
ORÇOMIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38632

MARINGA , 01/03/2021

Dr(a). ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM: 38632

1 - Registro ANS 370070		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Guia		7 - Número da Guia Atendida pela Operadora		SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009	
4 - Data de Autorização		5 - Sanha		8 - Data de Validade da Sanha		9 - Nome do Contratado		10 - Nome	
11 - Nome do Profissional Solicitante		12 - Conselho Profissional		13 - Número no Conselho		14 - UF		15 - Código CBO	
16 - Assinatura do Profissional Solicitante		17 - Assinatura do Profissional		18 - Assinatura do Contratado		19 - Assinatura do Contratado		20 - Assinatura do Contratado	
21 - Assinatura do Contratado		22 - Assinatura do Contratado		23 - Assinatura do Contratado		24 - Assinatura do Contratado		25 - Assinatura do Contratado	
26 - Assinatura do Contratado		27 - Assinatura do Contratado		28 - Assinatura do Contratado		29 - Assinatura do Contratado		30 - Assinatura do Contratado	
31 - Assinatura do Contratado		32 - Assinatura do Contratado		33 - Assinatura do Contratado		34 - Assinatura do Contratado		35 - Assinatura do Contratado	
36 - Assinatura do Contratado		37 - Assinatura do Contratado		38 - Assinatura do Contratado		39 - Assinatura do Contratado		40 - Assinatura do Contratado	
41 - Assinatura do Contratado		42 - Assinatura do Contratado		43 - Assinatura do Contratado		44 - Assinatura do Contratado		45 - Assinatura do Contratado	
46 - Assinatura do Contratado		47 - Assinatura do Contratado		48 - Assinatura do Contratado		49 - Assinatura do Contratado		50 - Assinatura do Contratado	
51 - Assinatura do Contratado		52 - Assinatura do Contratado		53 - Assinatura do Contratado		54 - Assinatura do Contratado		55 - Assinatura do Contratado	
56 - Assinatura do Contratado		57 - Assinatura do Contratado		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Contratado		60 - Assinatura do Contratado	
61 - Assinatura do Contratado		62 - Assinatura do Contratado		63 - Assinatura do Contratado		64 - Assinatura do Contratado		65 - Assinatura do Contratado	
66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	
71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado		75 - Assinatura do Contratado	
76 - Assinatura do Contratado		77 - Assinatura do Contratado		78 - Assinatura do Contratado		79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Contratado	
81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Contratado		83 - Assinatura do Contratado		84 - Assinatura do Contratado		85 - Assinatura do Contratado	
86 - Assinatura do Contratado		87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Contratado		90 - Assinatura do Contratado	
91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Contratado		93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Contratado		95 - Assinatura do Contratado	
96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Contratado		99 - Assinatura do Contratado		100 - Assinatura do Contratado	

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

13004 2021 x Gabriela S. 05 05
 20305 2021 x Gabriela S. 10 05

x Gabriela S. 12 05 2021
 x Gabriela S. 17 05 2021

x Gabriela S. 18 05 2021
 x Gabriela S. 24 05 2021

x Gabriela S. 26 05 2021
 x Gabriela S. 31 05 2021

x Gabriela S.
 x Gabriela S.

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 Outros Serviços (R\$)

Dra. Carla Betania H. F. Campos

Fisioterapeuta

CREITO - 8193701-F

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 23

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 11486	9 - Validade da Carteira 01/01/2022	10 - Nome EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
			12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante			
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 06	17 - Número no Conselho 30403	18 - UF 41
		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Elcio Valloto Júnior</i> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Pé/Joelho CRM 30403

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 23/02/2021	23 - Indicação Clínica 4 MESES DE PÓS-OP: - LESÃO DO CRUZADO ANTERIOR E MENISCOPATIA	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 20103484	26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	
		27 - Qt. Solic. 10	28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 9365230
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 4	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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
		42 - Qtd.	43 - Via
		44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.
		46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
		54 - UF	54 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	2 -	3 -	4 -
58 - Observação / Justificativa		59 -	

59 - Total Procedimentos (R\$)	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 Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		



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

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

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtde. Solic.

28 - Qtde. Aut.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

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 - Qtde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 30/04/2021

2 - 03/05/2021

3 - 05/05/2021

4 - 10/05/2021

5 - 12/05/2021

6 - 13/05/2021

7 - 18/05/2021

8 - 24/05/2021

9 - 26/05/2021

10 - 31/05/2021

11 - 01/06/2021

12 - 02/06/2021

13 - 03/06/2021

14 - 04/06/2021

15 - 05/06/2021

16 - 06/06/2021

17 - 07/06/2021

18 - 08/06/2021

19 - 09/06/2021

20 - 10/06/2021

21 - 11/06/2021

22 - 12/06/2021

23 - 13/06/2021

24 - 14/06/2021

25 - 15/06/2021

26 - 16/06/2021

27 - 17/06/2021

28 - 18/06/2021

29 - 19/06/2021

30 - 20/06/2021

31 - 21/06/2021

32 - 22/06/2021

33 - 23/06/2021

34 - 24/06/2021

35 - 25/06/2021

36 - 26/06/2021

37 - 27/06/2021

38 - 28/06/2021

39 - 29/06/2021

40 - 30/06/2021

41 - 01/07/2021

42 - 02/07/2021

43 - 03/07/2021

44 - 04/07/2021

45 - 05/07/2021

46 - 06/07/2021

47 - 07/07/2021

48 - 08/07/2021

49 - 09/07/2021

50 - 10/07/2021

51 - 11/07/2021

52 - 12/07/2021

53 - 13/07/2021

54 - 14/07/2021

55 - 15/07/2021

56 - 16/07/2021

57 - 17/07/2021

58 - 18/07/2021

59 - 19/07/2021

60 - 20/07/2021

61 - 21/07/2021

62 - 22/07/2021

63 - 23/07/2021

64 - 24/07/2021

65 - 25/07/2021

66 - 26/07/2021

67 - 27/07/2021

68 - 28/07/2021

69 - 29/07/2021

70 - 30/07/2021

71 - 31/07/2021

72 - 01/08/2021

73 - 02/08/2021

74 - 03/08/2021

75 - 04/08/2021

76 - 05/08/2021

77 - 06/08/2021

78 - 07/08/2021

79 - 08/08/2021

80 - 09/08/2021

81 - 10/08/2021

82 - 11/08/2021

83 - 12/08/2021

84 - 13/08/2021

85 - 14/08/2021

86 - 15/08/2021

87 - 16/08/2021

88 - 17/08/2021

89 - 18/08/2021

90 - 19/08/2021

91 - 20/08/2021

92 - 21/08/2021

93 - 22/08/2021

94 - 23/08/2021

95 - 24/08/2021

96 - 25/08/2021

97 - 26/08/2021

98 - 27/08/2021

99 - 28/08/2021

100 - 29/08/2021

101 - 30/08/2021

102 - 31/08/2021

103 - 01/09/2021

104 - 02/09/2021

105 - 03/09/2021

106 - 04/09/2021

107 - 05/09/2021

108 - 06/09/2021

109 - 07/09/2021

110 - 08/09/2021

111 - 09/09/2021

112 - 10/09/2021

113 - 11/09/2021

114 - 12/09/2021

115 - 13/09/2021

116 - 14/09/2021

117 - 15/09/2021

118 - 16/09/2021

119 - 17/09/2021

120 - 18/09/2021

121 - 19/09/2021

122 - 20/09/2021

123 - 21/09/2021

124 - 22/09/2021

125 - 23/09/2021

126 - 24/09/2021

127 - 25/09/2021

128 - 26/09/2021

129 - 27/09/2021

130 - 28/09/2021

131 - 29/09/2021

132 - 30/09/2021

133 - 01/10/2021

134 - 02/10/2021

135 - 03/10/2021

136 - 04/10/2021

137 - 05/10/2021

138 - 06/10/2021

139 - 07/10/2021

140 - 08/10/2021

141 - 09/10/2021

142 - 10/10/2021

143 - 11/10/2021

144 - 12/10/2021

145 - 13/10/2021

146 - 14/10/2021

147 - 15/10/2021

148 - 16/10/2021

149 - 17/10/2021

150 - 18/10/2021

151 - 19/10/2021

152 - 20/10/2021

153 - 21/10/2021

154 - 22/10/2021

155 - 23/10/2021

156 - 24/10/2021

157 - 25/10/2021

158 - 26/10/2021

159 - 27/10/2021

160 - 28/10/2021

161 - 29/10/2021

162 - 30/10/2021

163 - 31/10/2021

164 - 01/11/2021

165 - 02/11/2021

166 - 03/11/2021

167 - 04/11/2021

168 - 05/11/2021

169 - 06/11/2021

170 - 07/11/2021

171 - 08/11/2021

172 - 09/11/2021

173 - 10/11/2021

174 - 11/11/2021

175 - 12/11/2021

176 - 13/11/2021

177 - 14/11/2021

178 - 15/11/2021

179 - 16/11/2021

180 - 17/11/2021

181 - 18/11/2021

182 - 19/11/2021

183 - 20/11/2021

184 - 21/11/2021

185 - 22/11/2021

186 - 23/11/2021

187 - 24/11/2021

188 - 25/11/2021

189 - 26/11/2021

190 - 27/11/2021

191 - 28/11/2021

192 - 29/11/2021

193 - 30/11/2021

194 - 01/12/2021

195 - 02/12/2021

196 - 03/12/2021

197 - 04/12/2021

198 - 05/12/2021

199 - 06/12/2021

200 - 07/12/2021

201 - 08/12/2021

202 - 09/12/2021

203 - 10/12/2021

204 - 11/12/2021

205 - 12/12/2021

206 - 13/12/2021

207 - 14/12/2021

208 - 15/12/2021

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

2 - Nº Guia no Prestador 24

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 000000000	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome JOSE FERREIRA NETO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-------------------------------------	--	---------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado 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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 24/03/2021	23 - Indicação Clínica BURSITE PRE PATELAR A ESQUERDO M255		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 25870456	26 - Descrição FISIOTERAPIA MOTORA		
27 - Qt. Solic. 10		28 - Qt. Autoriz. 0		

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR			
31 - Código CNES 9365230				

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 4	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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Germi (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: DECJUNIOR Data/Hora: 24/03/2021 10:09:38 Conto/Lote: 6430184 Atendimento: 6430184 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



Unimed

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

1 - Registro ANS

3.700.700

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

JOSE FERREIRA NETO

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 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtde. Solic.

28 - Qtde. Aut.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

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 - Qtde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

291 -

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

2 - Nº Guia no Prestador 26

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141558

9 - Validade da Carteira

01/01/2023

10 - Nome

CAMILE GOULART DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

25/03/2021

23 - Indicação Clínica

FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA

24 - Tabela

1

22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

20103484

26 - Descrição

PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO

Crônica de mobilidade do dedo

27 - Qt. Solic.

10

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

238763040001

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

4

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 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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 Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Data/Hora: 25/03/2021 16:07:55

Conta/Lote: 6432354

Atendimento: 6432354

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

1 - Registro ANS 370070		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009															
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome CAMILÉ GOULART DE OLIVEIRA.		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN															
6 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		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 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.															
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição																			
1 -																							
2 -																							
3 -																							
4 -																							
5 -																							
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		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 - Qtde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
1 -																							
2 -																							
3 -																							
4 -																							
5 -																							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO							
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional																	
1 -																							
2 -																							
3 -																							
4 -																							
5 -																							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - 30/04/2021		Camile G. de Oliveira		05/05/2021		Camile G. de Oliveira		12/05/2021		Camile G. de Oliveira		19/05/2021		Camile G. de Oliveira		26/05/2021		Camile G. de Oliveira					
2 - 03/05/2021		Camile G. de Oliveira		10/05/2021		Camile G. de Oliveira		17/05/2021		Camile G. de Oliveira		24/05/2021		Camile G. de Oliveira		31/05/2021		Camile G. de Oliveira					
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																			
		Camile G. de Oliveira																					

Dra. Carla Betânia H. F. Campos
Fisioterapeuta
CREFITO 8193701-F

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela Rosenilda da Silva Sousa

Nº da Carteirinha: 11.4.1579

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 10/06/2001

Nº da Guia: 2229.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:28:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Direito

Descrição

Aluna interna relata que estava em uma atividade na piscina térmica e ao fazer movimento de rotação de MSD, sentiu forte dor. Apresenta possível luxação de ombro D, perda de mobilidade, deformidade, refere forte dor ao movimentar o membro.

Testemunha da ocorrência

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	14/02/2021

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

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à fisioterapia a pedido médico. 20 sessões. HD Luxação Ombro Direito.

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

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Emilly Gabrieli Oliveira Bogo

Nº da Carteirinha: 11.4.86

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 30/09/2000

Nº da Guia: 2064.011



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 foi encaminhada á fisioterapia após retorno médico, em pós operatório. O medico pediu mais vinte sessões de fisioterapia.

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: José Ferreira Neto
Nº da Carteira: 11.4.422
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 15/10/1999

Nº da Guia: 2238.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/02/2021	23:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

O aluno interno estava participando de uma atividade do colégio (queimada), e para se desviar da bola o mesmo abaixou e bateu com muita força o joelho esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Filipe	(66) 99915-3855
Renan	(66) 99915-3855

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia	18/02/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno

O aluno está sendo encaminhado à fisioterapia conforme pedido médico. 20 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Camile Goulart de Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.1558
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 22/07/2003

Nº da Guia: 2228.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:15:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna interna relata que estava participando de uma atividade que precisava estourar o balão sentando em cima, e acabou sentando em cima do dedo. Apresenta algia ao mexer o membro do dedo médio da mão E.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 99827-0352

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	14/02/2021

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

Motivo do Retorno

A aluna esta sendo encaminhada à fisioterapia, conforme 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