

	MUNICÍPIO DE IVATUBA		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	E TRIBUTAÇÃO		Número: 5		
	MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR		Emissão: 26/04/2021		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 400182671	

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 - 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:		
408 Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.	8650004		
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
4/2021	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	Sessões de fisio no aluno CAMILE GOULART DE OLIVEIRA	5,00	38,00000	0,00	190,00
SIM	Consulta de fisio no aluno CAMILE GOULART DE OLIVEIRA	1,00	65,00000	0,00	65,00
SIM	Sessões de fisio no aluno JOSÉ FERREIRA NETO	5,00	38,00000	0,00	190,00
SIM	Consulta de fisio no aluno JOSÉ FERREIRA NETO	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 EMILLY GABRIELI OLIVEIRA BOGO	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 aluno GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA	1,00	65,00000	0,00	65,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	42,00000	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

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 - Qtde. Solic.

10

28 - Qtde. 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 -

3 -

5 -

7 -

9 -

2 -

4 -

6 -

8 -

10 -

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



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

CAMILA GOULART DE OLIVEIRA

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

42 - Qtde.

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 -

2 -

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 Médicinas (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: 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

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		



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

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3.70.070

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.

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\$)

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- 24.02.2021 x *[assinatura]* 3- 03.03.2021 x *[assinatura]* 5- 17.03.2021 x *[assinatura]* 7- 07.03.2021 x *[assinatura]* 9- 21.03.2021 x *[assinatura]*
2- 26.02.2021 x *[assinatura]* 4- 04.03.2021 x *[assinatura]* 6- 24.03.2021 x *[assinatura]* 8- 14.03.2021 x *[assinatura]* 10- 28.03.2021 x *[assinatura]*

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

Dra. Carla Betânia H. F. Campos

Fisioterapeuta

CRÉFITO - 8/93701-F

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

Dr(a): ANDRE ALBERTI CASADEI

Para: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

SOLICITO:

FISIOTERAPIA

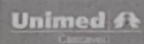
20 SESSOES

HD:LUXAÇÃO OMBRO DIR

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

MARINGA , 01/03/2021

Dr(a). ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM: 38632



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

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3.70070

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

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

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.

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\$)

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. 06.04.2021 x Gabriela S. 14.04.2021 x Gabriela S. 20.04.2021 x Gabriela S. 28.04.2021 x Gabriela S. 27.04.2021 x Gabriela S. 26.04.2021 x Gabriela S. 28.04.2021 x Gabriela S. 07.04.2021 x Gabriela S. 16.04.2021 x Gabriela S. 21.04.2021 x Gabriela S.

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 Outros Materiais (R\$) Total Geral (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dra. Carla Betania H. F. Campos
Fisioterapeuta

CREFITO - 8/93701-F

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela Rosenilda da Silva Sousa

Nº da Carteira: 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 - Bigorrião - 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 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 Contato/Lote: 6430184 Atendimento: 6430184 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

JOSÉ 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 - Caracter do
Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24-Tabeta

25- Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27-Qtde. Solic

28-Qtde. Aut

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-Tabeta

40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Qtde.

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- 06/04/2021

3- 14/04/2021

5- 28/04/2021

2- 07/04/2021

4- 21/04/2021

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

Dra. Carla Betânia H. F. Campos
Fisioterapeuta
CREFITO - 8/93701-F

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.

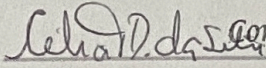
Testemunha da ocorrência	Telefone
Filipe	(66) 99915-3855
Renan	(66) 99915-3855

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