



099-X

09994.10103 91410.100001 03008.558300 4 86260000358000

Beneficiário <b>ORTOMEDICAL CENTER CLINICA MEDICA LTDA - 027836051000104</b> <b>R BENTO M DA R NETO,1541,SALA 06 - TOLEDO / PR - 85902-000</b>		Agência / Cód. Beneficiário <b>4101-7/0085583-9</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso número <b>009/14101000003-9</b>
Número do documento <b>512</b>	CPF / CNPJ <b>027836051000104</b>	Vencimento <b>20/05/2021</b>		Valor do documento <b>3.580,00</b>	
(-) Desconto/abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador <b>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASIL DE SAU - CNPJ 015116763000412</b> <b>RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA N 1447 - BIGORRILHO, CURITIBA / PR - 80730-070</b>					

Autenticação mecânica

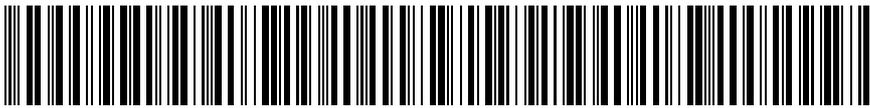


099-X

09994.10103 91410.100001 03008.558300 4 86260000358000

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco</b>					Vencimento <b>20/05/2021</b>
Beneficiário <b>ORTOMEDICAL CENTER CLINICA MEDICA LTDA - 027836051000104</b> <b>R BENTO M DA R NETO,1541,SALA 06 - TOLEDO / PR - 85902-000</b>					Agência / Código Beneficiário <b>4101-7/0085583-9</b>
Data do Documento <b>11/05/2021</b>	Nº do Documento <b>512</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>11/05/2021</b>	Nosso número <b>009/14101000003-9</b>
Uso do Banco <b>00018</b>	Carteira <b>009</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor documento <b>3.580,00</b>
Instruções  Após o vencimento, multa de 2.00% Negativar após 5 dias do vencimento Controle participante: 14101000003  <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 0,03% AO DIA E MULTA DE 2,00%  PROTESTO AUTOMATICO APOS 05 DIAS</b>					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador <b>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASIL DE SAU - CNPJ 015116763000412</b> <b>RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA N 1447 - BIGORRILHO CURITIBA / PR - 80730-070</b>					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Ouvidoria: Atendimento de 2ª a 6ª (exceto feriados)  
das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30hs.  
Tel.: 0800 4009066  
E-mail: ouvidoria@uniprimecentral.com.br

Corte na linha pontilhada



099-X

09994.10103 91410.100001 06003.583405 1 86260000023000

Beneficiário IOT INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - 000970291000140 R BENTO M DA R NETO,157 - TOLEDO / PR - 85902-000		Agência / Cód. Beneficiário 4101-7/0035834-7	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 009/14101000006-3
Número do documento 15005	CPF / CNPJ 000970291000140	Vencimento 20/05/2021	Valor do documento 230,00		
(-) Desconto/abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASIL DE SAU - CNPJ 015116763000412 RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA N 1447 - BIGORRILHO, CURITIBA / PR - 80730-070					

Autenticação mecânica



099-X

09994.10103 91410.100001 06003.583405 1 86260000023000

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco					Vencimento 20/05/2021
Beneficiário IOT INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - 000970291000140 R BENTO M DA R NETO,157 - TOLEDO / PR - 85902-000					Agência / Código Beneficiário 4101-7/0035834-7
Data do Documento 11/05/2021	Nº do Documento 15005	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 11/05/2021	Nosso número 009/14101000006-3
Uso do Banco 00018	Carteira 009	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 230,00
Instruções  Após o vencimento, multa de 2.00% Negativar após 5 dias do vencimento Controle participante: 14101000006  APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 0,03% AO DIA E MULTA DE 2,00% PROTESTO AUTOMATICO APOS 05 DIAS					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASIL DE SAU - CNPJ 015116763000412 RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA N 1447 - BIGORRILHO CURITIBA / PR - 80730-070					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Ouvidoria: Atendimento de 2ª a 6ª (exceto feriados)  
das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30hs.  
Tel.: 0800 4009066  
E-mail: ouvidoria@uniprimecentral.com.br

Corte na linha pontilhada

**MUNICÍPIO DE TOLEDO**

Secretaria Municipal da Fazenda e Captação de Recursos

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

**512**

Data e Hora da Emissão:

**05/05/2021 17:05:41**

Operador Emissor:

ORTOMEDICAL C.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **27836051000104**

I.E.:

I.M.: **984666**Telefone: **4530554302**Nome/Razão: **ORTOMEDICAL CENTER CLINICA MEDICA LTDA - ME**Endereço: **BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO , 1541 - SALA 06 - JARDIM LA SALLE - 85902000**Município: **Toledo**UF: **PR**e-Mail: **danielosresende@hotmail.com****TOMADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **15116763000412**

I.E.:

I.M.:

Nome/Razão: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**Endereço: **RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - 80730070**Município: **Curitiba**UF: **PR**

e-Mail:

Cód.	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.03	CONSULTA MÉDICA - DR DANILO S. RESENDE	380,00	0,00	380,00	3,00	11,40
4.03	HONORÁRIOS MÉDICOS - CIRURGIÃO	3.000,00	0,00	3.000,00	3,00	90,00
4.03	AUXILIAR CIRÚRGICO	200,00	0,00	200,00	3,00	6,00

SERVIÇOS PRESTADOS AO PACIENTE LUCAS TURATTO LEDESMA (CPF 065.676.621-23)

Total Serviços (R\$) **3.580,00**Total ISS (R\$) **107,40**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (0,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **3.580,00****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 03 / 2019

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

TOTAL APROXIMADO DE TRIBUTOS FEDERAIS/ESTADUAIS/MUNICIPAIS R\$ 624,71 ( 17,45% )

PROCON

Autenticidade: 1BD39466.3A4176F7.05EF7130.ABC2FA73 (verificada em 05/05/2021 às 17:05:41)

Equiplano - NFS-e 500.2005u



**MUNICÍPIO DE TOLEDO**

Secretaria Municipal da Fazenda e Captação de Recursos

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

**15005**

Data e Hora da Emissão:

**05/05/2021 17:02:05**

Operador Emissor:

IOT I. O. T. T

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **00970291000140**

I.E.:

I.M.: **10573**Telefone: **45 3055 4302**Nome/Razão: **IOT - INSTITUTO DE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA TOLEDO LTDA**Endereço: **RUA BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 1541 - S 115 Q-77 - CENTRO - 85902000**Município: **Toledo**UF: **PR**e-Mail: **institutodeortopedia@brturbo.com.br****TOMADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **15116763000412**

I.E.:

I.M.:

Nome/Razão: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**Endereço: **RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - 80730070**Município: **Curitiba**UF: **PR**

e-Mail:

Cód.	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.02	RAIOS-X DE COTOVELO	85,00	0,00	85,00	4,49	3,82
4.03	TALA GESSADA + TIPOIA	145,00	0,00	145,00	4,49	6,51

SERVIÇOS PRESTADOS AO PACIENTE LUCAS TURATTO LEDESMA (CPF 065.676.621-23)

Total Serviços (R\$) **230,00**Total ISS (R\$) **10,33**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (0,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **230,00****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 03 / 2019

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

Total aproximado de tributos federais estaduais e municipais R\$40,13 (17,45%)

PROCON

Autenticidade: E755C692.E06A2D6C.303AAED2.E54E21FC (verificada em 05/05/2021 às 17:02:06)

Equiplano - NFS-e 500.2005u





**IOT**  
Instituto de Ortopedia  
e Traumatologia

NOME: LUCAS TURATTO LEDESMA

DATA: 05/05/2021

EXAME N°: 08

MÉDICO: Dr Danilo

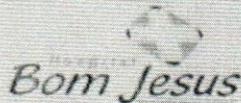
---

## Radiografia de Cotovelo esquerdo (2P)

Sinais de fratura de úmero distal esquerdo, articulação desviada.



Dr Ely Brondi de Carvalho  
Médico Radiologista  
CRM/PR 14242



## HOSPITAL BOM JESUS

NOME DO PACIENTE: LUCAS TURATTO LEDESMA Nº PRONTUÁRIO:

DATA DA OPERAÇÃO: 05-05-2021

ENF

LEITO:

CIRURGIÃO: DANILO SANTOS RESENDE

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

TIPO ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: FRATURA COTOVELO ESQUERDO

TIPO DE OPERAÇÃO : TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA EPICONDILIO LATERAL UMERO DISTAL

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE OPERAÇÃO: NÃO HOVE

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2. ANTISSEPSIA E ASSEPSIA EM MSE + CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO + DISSECAÇÃO POR PLANOS; REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO POR FIOS DE KIRSCHNER;
4. SUTURA DA FERIDA E CURATIVO;
5. UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGENS; ATO SEM INTERCORRENCIAS.
6. TALA GESSADA

Dr. Danilo Santos Resende  
Ortopedista Traumatologista  
Clínica de Ortopedia e CotoVELO  
CRM-PR 37808 / 3801 42703





RX pós-operatório

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Lucas Turatto Ledesma  
**Nº da Carteirinha:** 5.81.405  
**Instituição:** Escola Adventista de Toledo

**Data de Nascimento:** 29/07/2013

**Nº da Guia:** 3335

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2021	09:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura ( <b>Ex.: escada</b> )	Cotovelo Esquerdo

Descrição
Durante a aula de educação física, o aluno pendurou na trave e acabou escorregando, caindo sobre o braço esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Magda Ahmed Mostafa Ahmed	45 99855-0940

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora de Educação Física e Equipe do SAMU	05/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOESP - ASSOCIACAO BENEFICENTE DE SAÚDE DO OESTE DO PARANA	RUA ALMIRANTE BARROSO	219 3	CENTRO	(45) 2103-2000

Observações
A professora fez o primeiro atendimento e solicitou auxílio ao coordenador de disciplina, que de imediato acionou o SAMU. O atendimento do SAMU foi rápido e logo já instruíram para o atendimento clínico.

Ass.: \_\_\_\_\_

Lairton Carpes - Teste

**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  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br