

São (Lento)

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**Aluno:** Brenda Tayna Pereira Santos Coelho**Nº da Carteirinha:** 13.3.4133**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina**Data de Nascimento:** 08/09/2005**Nº da Guia:** 12608.003

edu: Grazi

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/09/2023	15:16:48	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na aula de educação física quando ela foi bater na bola, mas bateu de mal jeito e machucou o dedo. Após a atividade esportiva a aluna sentiu mal e ficou um pouco tonta.

Testemunha da ocorrência

André Rocha

Telefone

(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros

André Rocha

Data

07/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda	Rua Pedro Mayerle	160	Anita Garibaldi	(47) 3433-6454

Motivo do Retorno

Aluna autorizada a realizar avaliação pra início da fisioterapia, bem como a realizar as (dez) seções de fisioterapia conforme prescrição médica. Agendamento realizado via WhatsApp, para o dia 13/09 às 17:30.

Ass.:

Syendra Rinaldi Oliveira

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

22/10

Consulta 13/09/23 = ~~13/10~~

1) 13/09/23 Brenda Layna

2) 20/09/23 Brenda Layna

3) 21/09/23 Brenda

4) 28/09/23 Brenda

5) 03/10/23 Brenda

6) 05/10/23 Brenda

7) 10/10/23 Brenda

8) 19/10/23 Brenda

9) 24/10/23 Brenda

10) 26/10/23 Brenda

FISIOFORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
1304133	Básico	31/12/2023	Brenda Tayna Pereira Santos Coelho		
Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código do CNES			
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	2521385			
Dados do Profissional Solicitante					
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO	
Reynaldo Lemos de Souza Neto	CRM	25673	SC	653	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		
	E - Eletiva U - Urgência / Emergência	Z094	04 semanas tratamento conservador fratura do 4º dedo mão direita.		
25 - Tabela 26 - Código do procedimento 27 - Descrição 28 - Cl. Solic. 29 - Cl. Autoriz.					
1					
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
Dados do Atendimento					
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída	49 - Data		
01 - Remoção 02 - Presença cirúrgica 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho				
Consulta Referência					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença				
Procedimentos e Exames Realizados					
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.
1					
2					
3					
4					
5					
53 - Data e assinatura de procedimentos em série					
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /	
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /	
54 - Observação					
55 - Total Procedimentos R\$ 56 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 57 - Total Materiais R\$ 58 - Total Medicamentos R\$ 59 - Total Diárias R\$ 60 - Total Casos Medicinais R\$ 61 - Total Geral da Guia R\$					
62 - Data e Assinatura do Solicitante 63 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 64 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 65 - Data e Assinatura do Prestador Executante					



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (Nf-em)

Número da NF-em
5316

Data e Hora de Emissão
27/10/2023 13:28

Código de Verificação
0B383BD0-92E4-44F3-DC58-3EC4DAB0A1A9



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **85.283.992/0001-64** Inscrição Municipal: **36167**
 Razão Social: **FISIOFORM CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO LTDA**
 Nome Fantasia: **FISIOFORM**
 Endereço: **RUA PEDRO MAYERLE 160 - ANITA GARIBALDI**
 CEP: **89202-195** Inscrição Estadual:
 Município: **JOINVILLE** Estado: **SC**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **15.116.763/0004-12** Inscrição Municipal:
 Nome/Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
 Endereço: **RUA ALMEIDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**
 CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:
 Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente Avaliação mais dez sessões de Fisioterapia para a paciente Brenda Tayna Pereira Santos Coelho.

Dados Bancários para depósito:

Banco Bradesco

Agencia: 2232

Conta Corrente: 2263-2

" Caro cliente,

Em cumprimento a Lei 12.741/2012, informamos que o percentual aproximado dos impostos federais, estaduais e municipais que incidem sobre o serviço prestado é de 16,3835%.

Fonte: Tabela do Simples Nacional.

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 435,00

Código do Serviço: **4.08** - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Valor Retenções (R\$)		Base Cálculo ISS (R\$)		Alíquota ISS (%)		Valor do ISS (R\$)			
0,00		435,00		2,00%		0,00			
PIS (0,00 %)		COFINS (0,00 %)		INSS (0,00 %)		IR (0,00 %)		CSLL (0,00 %)	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional

Esta NF-em foi gerada com fundamento na Lei Complementar Municipal n. 286, de 21 de novembro de 2008, regulamentada pelo Decreto Municipal n. 30.798, de 08 de março de 2018.