

ASANA OK

SANTANDER		033-7 03399.32097 38500.000385 41946.701012 6 82050000029297			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento 25/03/2020	
Beneficiário Centro Hospitalar Unimed - CHU				Agência/Beneficiário 3176-/3209385	
Data Documento 10/03/2020		Nº do Documento 104816		Espécie Doc. DS	
		Aceite N		Data do Processamento 10/03/2020	
Nosso Número 000003841946-7					
Carteira 101 -		Espécie R\$		Quantidade	
				Valor 292,97	
JUROS EM % AO MÊS: 1,00 MULTA : 2,00				(-) Desconto/Abatimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Sr. Caixa , não receber o pagamento após 15 dias da data do vencimento.				(-) Outras Deduções	
				(+/-) Mora/Multa	
				(+/-) Outros Acréscimos	
				(-) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - 15.116.763/0004-12 Alameda Júlia da Costa, nº 1447, Bigorriho - 80.730-070 - Curitiba - PR					

SANTANDER		033-7 03399.32097 38500.000385 41946.701012 6 82050000029297			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento 25/03/2020	
Beneficiário Centro Hospitalar Unimed - CHU				Agência/Beneficiário 3176-/3209385	
Data Documento 10/03/2020		Nº do Documento 104816		Espécie Doc. DS	
		Aceite N		Data do Processamento 10/03/2020	
Nosso Número 000003841946-7					
Carteira 101 -		Espécie R\$		Quantidade	
				Valor 292,97	
JUROS EM % AO MES: 1,00 MULTA : 2,00				(-) Desconto/Abatimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento. Sr. Caixa , não receber o pagamento após 15 dias da data do vencimento.				(-) Outras Deduções	
				(+/-) Mora/Multa	
				(+/-) Outros Acréscimos	
				(-) Valor Cobrado	
Pagador INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - 15.116.763/0004-12 Alameda Júlia da Costa, nº 1447, Bigorriho - 80.730-070 - Curitiba - PR					

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



12.03



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)
 (CONVERSÃO DO RPS Nº 104816 SÉRIE A, EMITIDO EM 10/03/2020)

Número da NF-em
75736

Data e Hora de Emissão
11/03/2020 08:01

Código de Verificação
4780B87E-3E22-87EE-1F53-1340EA7745D3

Unimed



CPF/CNPJ:

PRESTADOR DE SERVIÇOS

82.602.327/0003-60

Inscrição Municipal: **69405**

Razão Social:

UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Endereço:

RUA ORESTES GUIMARÃES 905 - AMÉRICA

CEP:

89204-060

Inscrição Estadual:

Município:

JOINVILLE

Estado: **SC**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ:

15.116.763/0004-12

Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social:

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Endereço:

ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO

CEP:

80730-070

Inscrição Estadual:

Município:

CURITIBA

Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servicos Medicos-Hospitalares referente a(s) conta(s): 7673720 Referente ao Atendimento:5319742 -Gabriella Maysa Nodari Hales. Conforme LEI N 12.741/12, os percentuais de Tributos incidentes sao:COFINS: 4% sobre Base de Calculo conforme Lei 9718/98 (planos de saude) ou 3% para os demais servicos.PIS: 0,65% sobre Base de Calculo conforme Lei 9718/98 (plano de saude).ISS: 2%

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 292,97

Código do Serviço: **4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,**

Valor Retenções (R\$)		Base Cálculo ISS (R\$)		Aliquota ISS (%)		Valor do ISS (R\$)			
0,00		292,97		2,00%		5,86			
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

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.

- Esta NF-em substitui o RPS Nº 104816 Série A, emitido em 10/03/2020.



Orestes Guimaraes, 905 - Joinville - SC
CNPJ: 82602327000360 - Inscr. Est.: Isenta - Fone: 34419555
(CNES 2521431)



CONTA PACIENTE

Nº Atend: 5.319.742
Nº I.C.: 7.673.720

Paciente:
Gabriella Maysa Nodari Hales

Convênio:
Particular.

Usuário/Matrícula
00279999999999006

Prontuário: 0 Data Entrada: 07/03/2020 17:13:38 Data Saída: 07/03/2020 18:05:42 Motivo Alta: Alta para completar
Médico: Ana Paula Silva Stratmann Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Ortopédica
CID Princ.: M62.6 Distensao muscular
Guia: 5319742 Val. Carteira: 07/03/2020 Origem:

Dt.Conta: 07/03/20 17:28 Dt.Inicial: 07/03/20 17:13 Dt.Final: 07/03/20 18:05 Refer: 01/03/20
Categoria: Basico Tipo Guia: Título:

Movimentação do Paciente							
Seq.	Ds Classif Setor	Ds Setor Atendimento	Ds Tipo Acomodacao	Unida	Dt Entrada Unidade	Dt Saída Unidade	
1	Pronto socorro	PA Ortopedia	Setores sem	1/1	07/03/2020 17:14:45	07/03/2020 18:05:42	
2	Serviços Especiais	Diagnósticos por Imagem	Setores sem	1/1	07/03/2020 17:20:48	07/03/2020 17:20:48	

Honorários Particular PA								
Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	VI Médico	VL Hospital
1	11875	Ana Paula Silva	1010103.9	Em Pronto		1,00	200,00	50,00
Total de Honorários Particular PA						1,00	200,00	50,00

Exames							
Seq.	Código	Descrição	Filme	Médico	Operac	Qtde	VI Total
Diagnósticos por Imagem (RX) -							
1	4080405.4	Joelho	2,79	30,25	9,93	1,00	42,97
Total - Diagnósticos por Imagem (RX) -						1,00	42,97
Total geral							292,97



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA	
Gabriella Maysa Nodare Hales		2506	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO		TELEFONE:	
Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina		(47)3447-7400	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
BR 101 km 64 Núm:17.400 Bairro: Corveta		Araquari	SC
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
05/03/2020	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO	
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA:	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA	
21:30	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO	
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA	
IAESC	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA	
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE	
	☐ QUEIMADURA	☒ JOGO DE FUTEBOL	
	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL	
	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY	
	☐ TRAUMA	☐ NATAÇÃO	
	☒ TRAUMA COM BOLA	☐ RECREIO	
	☐ OUTROS	☐ SALA DE AULA	
	QUAL?	☐ OUTROS	
		QUAL?	

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

A aluna foi chutar a bola para o gol com a perna esquerda e escorregou a perna direita de apoio e caiu machucando o joelho esquerdo, desde então vem queixando dores.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME:
Fernanda Joseli Grego Recalde
NOME

TELEFONE:
não tem
TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Thamires Nania

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

07/03/2020

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS)

CNPJ 15.116.763/0004-12 / Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone (41) 3240-2931 / (41) 99519-911
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br