

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Cristiele Caroline Borges Prestes

Nº da Carteira: 11.4.1070

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 11/02/1998

Nº da Guia: 2209.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/11/2020	09:00:00	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna interna estava participando de uma atividade de pular de uma plataforma a outra pendurada em uma corda, na hora de passar para outra plataforma ela escorregou e torceu o pé. Está com muita dor em região do tornozelo direito, região encontra-se edemaciada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aline	(44) 8435-6395

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia Damasceno	08/11/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisiocare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à Fisioterapia, conforme pedido médico. 20 sessões

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

6/05/2022

2 - N.º Guia no Prestador

Folha: 1 / 1

7062761

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

2 - Nº Guia no Prestador 16198161

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES	
8 - Número da Carteira 1141070	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Número do Cartão Nacional de Saúde
16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 05/05/2022	23 - Indicação Clínica FORTELECIMENTO	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico 26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM Membro	27 - Qt. Solic. 10	28 - Qt. Autoriz. 0
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CNES 9365230		
32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec.	45 - % Ref. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
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 1 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 2 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 3 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 4 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 5 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 6 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 7 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 8 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 9 - 12/05/2022 09:00 X CAIS 10 - 12/05/2022 09:00 X CAIS	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES CRM-PR 28.684 / 11-07-2015	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas de Procedimento (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		
Impresso por: SMACHADO	Data/Hora: 05/05/2022 07:58:19	Central/Loja: 7062761	Argumento: 7062761	Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7062761

	MUNICÍPIO DE FLORESTA			Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA			Número:	
	AVENIDA GETULIO VARGAS, 2420 - 87120000 - CENTRO - Floresta - PR			17	
				Emissão:	
				08/09/2022	
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:
					307764597

SITE AUTENTICIDADE: <https://floresta.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal:	00006309	CNPJ/CPF:	42.785.454/0001-65	Regime Fiscal:	Simplex Nacional
	Nome/Razão Social:	FISIOCARE ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA LTDA				
	Nome Fantasia:	FISIOCARE FISIOTERAPIA				
	Endereço:	Insc. Estadual:				
	RUA PIONEIRO JOSE ELVIRA LOPES, 1318A - RESIDENCIAL ARAUCARIA II					
	Município/UF:	Floresta-PR	CEP:	87.120-000		
Fone/Fax:	E-Mail: CONTROLLERPROCESSOS@GMAIL.COM					

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	CNPJ/CPF:	15.116.763/0004-12	Insc. Estadual:	ISENTO
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:
9/2022	Floresta-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Fisioterapias

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	SESSOES FISIO CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES	20,00	38,00000	0,00	760,00
SIM	CONSULTA FISIO CRISTIELE CAROLINE BORGES PRESTES	1,00	65,00000	0,00	65,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,17000	17,90000	Não
PIS	0,47000	3,90000	Não
COFINS	2,19000	18,03000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	3,88000	31,97000	Não
CSLL	2,33000	19,18000	Não
CPP	4,47000	36,89000	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:
825,00	0,00	0,00	825,00	825,00

NFS-E Nº 17	Recebemos de FISIOCARE ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____/____/____ Assinatura: _____
----------------	--