

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

2 - Nº Guia no Prestador

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de emissão

5 - Série

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Auxiliar pelo Con

8 - Nome

Adriane M. Lorenzini

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RFI

Dr. Gustavo Schenker
CRM-PR 37853 TEST 13248
Oncologia e Transmutação
Pneumologia Substâncias Anticancerígenas
Medicina do Fígado

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional

21 - Clínica

MBS

Sol. FM

part (F)

22 - Data Guia 25 - C

10

24 - Tipo de Consulta

25 - Motivo de Encerramento do Atendimento

26 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Rad./Acresc.

46 - Valor Unitário R\$

47 - Valor To

Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Profissional

58 - Assinatura do Profissional

59 - Assinatura do Profissional

60 - Total OPME R\$

61 - Total Medicamentos R\$

62 - Total Outros Medicamentos R\$

63 - Total Outros Medicamentos R\$

64 - Total Outros Medicamentos R\$

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Profissional

Insert

Home

PgU

IAR

2 - Nº Guia no Prestador

- Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído

onal de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dr. Gustavo Schenkel
CRM-PR 37853 TEOT 13249

Orthopedie & Traumatologie

- Assinatura do Profissional Solicitante

Profissional Solicitante: Artroscofia
Medicina do Esporte

27 - Qtde. Sol

10

F

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

1 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número do Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante				20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
Dr. Gustavo Schenkel CRM-PR 17557-0/13042 Cirurgião e Transcendental Médico em Medicina											
21 - Caracter de Atendimento											
22 - Data da Solicitação											
23 - Indicação Clínica											
24 - Tabela											
25 - Código do Procedimento ou Item assistencial											
26 - Descrição											
27 - Qtd. Solic. - Qtd. Aut.											
28 - Qtd. Solic. - Qtd. Aut.											
29 - Qtd. Solic. - Qtd. Aut.											
30 - Nome do Contratado											
31 - Código CHES											
32 - Tipo de Atendimento											
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)											
34 - Tipo de Consulta											
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento											
Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data											
37 - Hora Inicial											
38 - Hora final											
39 - Tabela											
40 - Código do Procedimento											
41 - Descrição											
42 - Qtd.											
43 - Via											
44 - Tec.											
45 - Fator Rad./Acresc.											
46 - Valor Unitário-R\$											
47 - Valor Total-R\$											
48 - Seq. Ref.											
49 - Grau Part.											
50 - Código da Operadora/CPF											
51 - Nome do Profissional											
52 - Conselho Profissional											
53 - Número do Conselho											
54 - UF											
55 - Código CBO											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Aline Meneguel Lourenço
Nº da Carteirinha: 2.80.984
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 22/07/2011

Nº da Guia: 11587

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2023	17:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição

Durante o jogo de basquete dois alunos se esbararam, aluna caiu e bateu o joelho no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora	29/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.: _____

Ederson Jorge Mattos

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

	PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE	Número do RPS	Número da nota 18
	PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE	Data da emissão da nota 16/09/2023 14:43:38	
		Data do fato gerador 16/09/2023 14:43:38	
		Código de verificação RI5CEMFOP	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: NW PILATES E FISIOTERAPIA
Nome/Razão social: NW PILATES E FISIOTERAPIA LTDA
CPF/CNPJ: 48.376.310/0001-31 Inscrição municipal: 22129
Endereço: R RIO EUFRATES Número: 81 Bairro: IGUACU CEP: 83833-088
Complemento:
Município: Fazenda Rio Grande UF: PR
E-mail: FEELIPE.MS@HOTMAIL.COM Site:
Inscrição estadual:
Telefone:
Celular: (41) 99767-4945

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: Clínica Adventista de Curitiba
Nome/Razão social: Instituicao Adventista Sul Brasileira de saude
CPF/CNPJ: 15.116.763/0004-12 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA Número: 1447 Bairro: BIGORRILHO CEP: 80730-070
Complemento:
Município: Curitiba UF: PR
E-mail: jesus.batista@adventistas.org.br Telefone: (41) 3240-2900 Celular: (41) 99916-5591

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Atividade de condicionamento físico.	600,0000	1,0000	600,0000	x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	600,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 600,00		Valor líquido = R\$ 600,00			

Códigos dos serviços:

06.04 - Ginástica, dança, esportes, natação, artes marciais e demais atividades físicas.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Fazenda Rio Grande

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 2789/2011.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 80,70 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 28,62 (4,77%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade