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

2 - Nº Guia no Prestador 7479139000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
06/12/2022	9374		9374

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4314795	06/12/2023	ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	06/12/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 06/12/2022	20:08	20:08	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
2 06/12/2022	20:10	20:10	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.64	35.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
135.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: GSSANTOS Data/Hora: 15/12/2022 15:28:07 Conta/Lote: 4093314 Atendimento: 7479139 ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

4093314

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Erick Matheus Ferreira Dias
Nº da Carteirinha: 4.31.4795
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/10/2009 | **Nº da Guia:** 9374

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/12/2022	16:03:00	Ginásio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluno levou defendeu bola no jogo de futebol e torceu o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	06/12/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
O aluno foi atendido pelo coordenador de disciplina que forneceu gelou spray e gelo. Foi feito o contato com o responsável para leva-lo ao medico.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 9374

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4314795		ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
01062326148	SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	Dr. André Alberti Casade ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PR 38.632

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	06/12/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2- __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 10 - __/__/__

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	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
	Jacqueline S. Ferreira	

Impresso por: MSLIMA Data/Hora: 06/12/2022 18:34:52 Conta/Lote: 7479139 Atendimento: 7479139 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7479139

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

2 - Nº Guia no Prestador **9374**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	9374

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4314795		ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	Assinatura do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270	Dr. Andre Alberti Casadei ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PR 38.632

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	07/12/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	40803112	RX - Punho	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	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: LMMACEDO Data/Hora: 07/12/2022 03:20:19 Conta/Lote: 7479139 Atendimento: 7479139 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7479139

Atendimento:	7479139	Pedido: 2649107	Ac. Number: 3308969
Registro / Nome:	ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS		
Data de Nascimento:	17/10/2009 00:00:00	Idade: 13 anos, 1 mês e 19 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	06/12/2022 20:10:00		Laudado: 12/12/2022 14:28:40
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC		
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI		

RX - PUNHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI
CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939

2ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7147302 DATA: 06/12/2022 20:08
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7479139 DT NASC: 17/10/2009 (13A 1M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 588481 - ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/12/2022 18:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM PUNHO ESQUERDO APÓS TRAUMA DIRETO HOJE JOGANDO FUTEBOL
DOR LOCAL
SEM MAIS QUEIXAS
SEM COMORBIDADES

EFO
ADM COMPLETA
NEUROVASCULAR OK
PELE INTEGRA
DOR LEVE

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO AP´[OS

7479139

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS **Justificativa.:** *ESQ*	1					

VISITA HOSPITALAR	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

RX
EXAME REALIZADO
DATA 06/ 12/ 22
HORÁRIO: 20 : 15
TÉCNICO

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7147321 DATA: 06/12/2022 20:19
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7479139 DT NASC: 17/10/2009 (13A 1M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 588481 - ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/12/2022 18:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PLANO
ANALGESIA
GELO LOCAL
REPOUSO
RETORNO SE NECESSARIO

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7479139 **Prontuário:** 588481 **SAME:** **Hora Atend:** 18:34 **Data Atend:**06/12/2022
Paciente..... : ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA PIONEIRA EUFRAZIA GOELZER ARAUJO
Bairro..... : JARDIM SAO PAULO
Cidade..... :MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87053700
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERI
CID Principal.....: M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/12/2022 **Hora Saída :** 20:20

Prestador da Evolução Médica: **ANDRE ALBERTI CASADEI**

ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
MV2000 - Sistema de Urgência/Emergência
Ficha de Triagem

Ortop

mitido por: RMNASCIMENTO
Em: 06/12/2022 18:45

Dados do Atendimento

Atendimento: 7479139 **Data/Hora:** 06/12/2022 18:34 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 588481 - ERICK MATHEUS FERREIRA DIAS **Sexo:** M **Nasc.:** 17/10/2009 (13a 1m 20d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO **Especialidade:** 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM **Serviço:** 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: MÃE RELATA QUE MENOR ESTA QUEIXANDO DE EM MSE APOS BOLA BATER EM JOGO DE FUTEBOL.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: **Pulso:** 124 bpm **Temperatura:** 36,7 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: **Hospital:**

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: SPO2: 99 %
PESO:93.800 KG
USO CONTINUO:
MEDICADO HOJE:NÃO

Educação Adventista

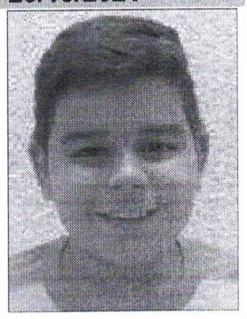
Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022** Data Matrícula: **29/10/2021**



Nome: **Erick Matheus Ferreira Dias (4795)** Curso: 7º Ano - Ensino Fundamental Turma: EF7TA
Sexo: M Data Nascimento: 17/10/2009 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Pioneira Eufrázia Goelzer Araújo, 251 Complemento:
Bairro: Jardim São Paulo Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87053-700
Cert. Nascimento: 079921 01 55 2009 1 00365 109 0115445 78
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: 1º Oficio - 5º Tabelionato - Cintia Maria
Cert. Nascimento Cidade: PR Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF:101379769-84 INEP124074163500
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religiao: Adventista do Sétimo Dia
Tipo de Sangue/Fator RH: A + Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 44999230911 |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: Sim

Dados do Pai

CPF: Nome: Leandro Alves Dias Naturalidade: Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: 048519509-77 Nome: Jacqueline Silva Ferreira Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/12/1985 Estado Civil: Casado Identidade: 9.507.811-7 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 14/03/2002
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Rua Pioneira Eufrázia Goelzer Araújo, 251
Complemento: Bairro: Jardim São Paulo Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87053-700
Cx. Postal: E-Mail: contato@joyfestamaringa.com.br Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Jardim Iguacu (I)
Telefones: Celular: 44999230911 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 048519509-77 Nome: Jacqueline Silva Ferreira Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/12/1985 Estado Civil: Casado Identidade: 9.507.811-7 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 14/03/2002
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Rua Pioneira Eufrázia Goelzer Araújo, 251
Complemento: Bairro: Jardim São Paulo Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87053-700
Cx. Postal: E-Mail: contato@joyfestamaringa.com.br Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Jardim Iguacu (I)
Telefones: Celular: 44999230911 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 048519509-77 Nome: Jacqueline Silva Ferreira Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 11/12/1985 Estado Civil: Casado Identidade: 9.507.811-7 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 14/03/2002
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Rua Pioneira Eufrázia Goelzer Araújo, 251
Complemento: Bairro: Jardim São Paulo Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87053-700
Cx. Postal: E-Mail: contato@joyfestamaringa.com.br Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Jardim Iguacu (I)
Telefones: Celular: 44999230911 |

Deferimento

Data: ____/____/____

[ ] Deferido [ ] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº Ata Nom. 1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom. 1.116.609/16

Responsável