

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emilly Gabrieli Oliveira Bogo

Nº da Carteirinha: 11.4.86

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 30/09/2000

Nº da Guia: 2064



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2020	03:49:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Posterior da Coxa Direita

Descrição

Torção em MID. Jogo de futsal, ao rotacionar o corpo para pegar a bolsa, refere torção na perna que não fez o mesmo movimento do corpo. Refere algia em região posterior da coxa em região poplíteia. Membro imobilizado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Beatriz Ferreira	(44) 99894-5690

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

A aluna interna da faculdade atendida e encaminhada ao hospital via seguro.

Ass.: _____

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

21/10/2020 16:07

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMIENTE

Nome: Dr. ELIO VAILOTO JR.
CRM: 30403 - C.F. PR
Endereço: Avenida Nabrega n°. 599
Telefone: 44-3262-5713 / 3265-1444
Maringá - Paraná

1ª via Farmácia
2ª via Paciente

paciente: Emily Gabriell Oliveira

USO ORAL

ELIQUIS 2,5 MG - 10 Comprimidos

Tomar 01 comprimido 12/12 horas por 10 dias.

TEFLAN 20 MG - 1 CX

Tomar 1 cp ao dia - 5 DIAS

PARATRAM 1 CX

Tomar 1 cp vo de 8 em 8 horas enquanto houver dores (pode ser de 6 em 6 horas se dores mais fortes ou menos doses com o alívio da dor)

LISADOR

Tomar 1 comprimido a noite - se dor persistente

Elcio Vailoto Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 30403

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Endereço:
Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico.

NFC-e
DROGARIAS PACHECO SA CNPJ-33.438.250/0450-04
R. JENILDA BRASIL 6559, ZONA 05, Guarapuava-PR
Documento Auxiliar de Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica

ITEM	CODIGO	UN	X	UL	DESCRICAO	TRIB	TOT. ITEM(R\$)
001	178535	UN	X	45,67	PARAFARM 10CP	8,65	45,67
	1,000				Descarte (-)		-R\$ 11,68
002	503319	UN	X	103,90	ELIQUIS 2 5MG 20CP	10,35	103,90
	1,000				Descarte (-)		-R\$ 26,95
003	55435	UN	X	16,03	LABADER BCP	4,07	16,03
	1,000				Descarte (-)		-R\$ 0,04
004	170208	UN	X	40,63	TE-LAN 20MG 10CP	4,10	40,63
	1,000				Descarte (-)		-R\$ 10,14

Gtde. Total de Itens 4
Valor Total R\$ 206,23
Descontos R\$ -48,81
Valor a pagar R\$ 157,42
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
Cartão de Crédito 157,42

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.gov.br/nfce/consulta>
4120 1033 4382 5004 5001 6501 2000 0268 2313 7818 6864
CONSUMIDOR CNPJ: 15.116.783/0004-12 NAO INFORMADO
Número 000.026.823 Série 012 Emissão 20/10/2020 10:39:15
Protocolo de autorização: 141201220295019
Data de autorização: 20/10/2020 10:39:18



Tributos Aprox. R\$27,17 (17,28%)
(Lei Federal 12.741/2012) Fonte:IBPT
FROCCM-PR www.procon.pr.gov.br
Pres.Faria,431 Cep80020-290 F:0800411512
C. CREDITO R\$ 157,42
C. CREDITO 01 PARC 550208-0209 AUT:863484
DOC:200027
NESTA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 48,81
FROCCM-PR www.procon.pr.gov.br
Pres.Faria,431 Cep80020-290 F:0800411512
CILA SAUDE: 073.069.731-26

FDV: 012 NSU 59 OPER 9979326 - ALDYANNE SOARES SANTOS
FUI 9979326
SUC1 15.00.00/15.51.00 LOJF: 1433