

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Laura Rodrigues Sagaz
Nº da Carteirinha: 8.48.5637
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 30/10/2015

Nº da Guia: 15636



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/03/2024	11:08:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo

Descrição
Caiu por cima do braço esquerdo na educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Bruno	(53) 99978-8157
Monitor Cristian	(53) 99978-8157

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno	04/03/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
Foi ligado no mesmo momento para os responsáveis.

Ass.: _____

Denise Gomes

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: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****Número / Série:** 23172 / NFS-e
Data Prestação Serviço: 04/03/2024**Emissão:** 04/03/2024 15:12:24
Incidência: PELOTAS (RS)**Retenção ISS:** Tributado
Nº RPS:**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** CENTRO CLINICO PILTCHER LTDA**CPF / CNPJ:** 39.946.634/0001-77**Regime:** Faturamento**Endereço:** Rua Rua Andrade Neves, nº 3006, Bairro Centro**Telefone:****Município:** PELOTAS (RS)**E-Mail:** financelro@ccpiltcher.com.br**Inscr. Municipal:** 1009931**Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:** CENTRO CLINICO PILTCHER**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0003-31**Endereço:** Rua Matias Jose Blns, nº 581, Bairro Tres Figueiras**Telefone:****Município:** PORTO ALEGRE (RS)**E-Mail:****Inscr. Municipal:****Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS****Código CNAE:** 8610-1/02-00 **Denominação:** ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA**Código Serviço:** 4.03 **Serviço:** Hospitais; Clínicas; Laboratórios; Sanatórios; Manicomios; Casas de Saúde; Prontos-Socorros;**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

CONSULTA+RX BRAÇO E PUNHO

PACIENTE ANA LAURA RODRIGUES SAGAZ

RETENÇÕES DE IMPOSTOS**INSS**
R\$ 0,00**COFINS**
R\$ 0,00**CSLL**
R\$ 0,00**PIS**
R\$ 0,00**IRRF**
R\$ 0,00**Outras Retenções**
R\$ 0,00**DETALHAMENTO DE VALORES****Valor Total da Nota**
R\$ 300,00**Deduções Permitidas em Lei**
R\$ 0,00**Base de Cálculo**
R\$ 300,00**Alíquota**
2,00 %**ISS**
R\$ 6,00**Totais Retenções**
R\$ 0,00**Valor Líquido:****R\$ 300,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****PIX**

Emitido por Maira Guedes Piltcher Recuero

Esta nota substituiu a nota nº 23163 emitida em 04/03/2024 12:03:00, relativa a serviços prestados em 04/03/2024

A validação dos dados desta nota poderá ser feita junto ao site da Prefeitura, através do endereço <https://nfe.pelotas.rs.gov.br/> no menu "Consultar" - "Validar Documento" informando o código de validação abaixo:**512B.763D.7856.980E.6FD0.3DB4.0C2F.5345**

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

() Urgência () Emergência () Não urgente

Convênio : PAT/PS - PART/AZONASUL - CCP

CENTRO CLÍNICO
ANDRADE NEVES, 3006 - PELOTAS - RS

Atendimento Nro: 211778 SAME: 19718

C.N.S:

CPF: 04960516011

RG:

Paciente ANA LAURA RODRIGUES SAGAZ

Endereço: ANG BENJAMIN CORDEIRO DIAS, 850

Cidade: PELOTAS

Naturalidade: PELOTAS

Nascimento 30/10/2015

Idade: 8

Convênio: PAT/PS - PART/A:

Matricula:

Mãe: ELISANGELA SILVA

Gula:

Responsável:

Executante CRM(2) - CENTRO CLINICO PILTCHER

Data: 04/03/2024

Hora: 11:54:14

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Tipo de Atendimento: CONSULTA PAT

Observação:

PA: FC: 105 FR: SAT: 99% T=36.2°C

Nega
alergia

Paciente refere queda de própria
altura e trauma em mão esquerda

① Movimento preservado em MSE
sem lesões

Presença 3º graus de deformação
goluto nas a de punho e
carpalos (E). Sem fratura luxações
visíveis

Assinatura Responsável: *[Assinatura]*

Médico:

CRM:

Hora:

Triagem de Enfermagem

Apresenta sintomas respiratórios () Sim (X) Não

HAS () Sim (X) Não

DM () Sim (X) Não

Cardiopatia () Sim (X) Não

Alergias () Sim (X) Não

Outras Doenças:

Queixa Principal:

(A) Dor muscular

(P) Presença de
lesões nos
dois punhos
* Caiu no chão, lesionou
braços (D)

#Medicações de uso contínuo:

Rev 07:33

() RETORNO

ASSINATURA E CARIMBO

1. CID: 1

INICO / TRAUMATOLOGISTA)

? Semanas pós FX. Ruptura e Ulceras distais, sem redeios.

IF AVP , $TEC < 35$.

RX: bom alinhamento, em consolidação completa.

CD: Libero p/ mobilidade sem carga, sem bater,

sem impacto no local.

Albano se necessário

Dra. Aline Ness
Médica Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 35402

L. Oliveira e S. Carvalho

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



04/03/24 • 12:39

VIA CLIENTE

HOSPITAL GERAL REGION

CNPJ: 39.946.634/0001-77

PELOTAS RS

COD. EC: 0028456047890001

POS: 00515019

PIX PAGAMENTO

VALOR

300,00

DOC: 00407705

DADOS DESTINATÁRIO

INSTITUIÇÃO: BCO BRADESCO S.A.

CHAVE:

AE14EE88-2F88-41A3-B75C-27D9173976D8

DADOS PAGADOR

NOME: NAO INFORMADO

CPF/CNPJ: *****

ID: E22896431202403041539XeX5NZXv8