

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Vianna Berneira
Nº da Carteirinha: 8.48.4363
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 13/04/2012

Nº da Guia: 13490



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/09/2023	10:37:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição
estava realizando educação física, resvalou no ginásio e bateu com o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diego Motta	(53) 3225-4188

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pela coordenadora no momento.

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

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Pelotas
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano **2023**

Data Matrícula **04/11/2022**

Nome: **Valentina Nascimento Pavlak (5658)**

Curso: **1º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF1TC**

Sexo: **F** Data Nascimento: **11/02/2017**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Pelotas**

UF: **RS**

Estado Civil: **Solteira**

Complemento:

Endereço: **Rua Thomaz Antônio Gonzaga, 741**

Bairro: **Areal**

Cidade: **Pelotas**

UF: **RS** CEP: **96080-240**

Cert. Nascimento: **09679201552017100654099013120852**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade: **Pelotas**

Cert. Nascimento UF:

Identidade: **2142132485**

O Exp: **ssp**

UF: **RS**

Data: **25/01/2022**

CPF: **053429600-96**

INEP: **193072664926**

E-Mail:

Cor/ Raça: **Branca**

Religião: **Outras**

Tipo de Sangue/Fator RH: **A +**

Convênio: **CASSI - BANCO DO BRASIL**

Nº: **0010067866350389**

Telefones:

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **821377840-68** Nome: **Márcio Luis Pavlak**

Naturalidade: **Três de Maio - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **05/05/1978** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6063618125** O Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **12/03/2004**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Thomaz Antônio Gonzaga, 741**

Complemento:

Bairro: **Areal**

Cidade: **Pelotas**

UF: **RS**

CEP: **96080-240**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **55999156223**

Dados da Mãe

CPF: **998768680-04** Nome: **Andressa Nascimento Pavlak**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/05/1981** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7071636406** O Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **28/03/2008**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Thomaz Antônio Gonzaga, 741**

Complemento:

Bairro: **Areal**

Cidade: **Pelotas**

UF: **RS**

CEP: **96080-240**

Cx. Postal:

E-Mail: **andressakn@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **53981180207**

Dados do Responsável Legal

CPF: **998768680-04** Nome: **Andressa Nascimento Pavlak**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **11/05/1981** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7071636406** O Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **28/03/2008**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Thomaz Antônio Gonzaga, 741**

Complemento:

Bairro: **Areal**

Cidade: **Pelotas**

UF: **RS**

CEP: **96080-240**

Cx. Postal:

E-Mail: **andressakn@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **53981180207**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **821377840-68** Nome: **Márcio Luis Pavlak**

Naturalidade: **Três de Maio - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **05/05/1978** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6063618125** O Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **12/03/2004**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Thomaz Antônio Gonzaga, 741**

Complemento:

Bairro: **Areal**

Cidade: **Pelotas**

UF: **RS**

CEP: **96080-240**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **55999156223**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Marilene Barcelos Pereira

Administrador Escolar - Ato nº Registro
896227

Mylene da Silva Gomes

Secretário(a) - Ato nº RG 1129845069

Responsável

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****cielo**PROPOSTA GERAL REGIONAL
CNPJ: 32.948.834/0001-77
PELOTAS RS18/09/23 • 18:41
VISA CLIENTE

CARTÃO & VISTA

336,00CNPJ: 32.948.834/0001-77
CNPJ: 32.948.834/0001-77VISA
POS: 00513012Número / Série: 17707/NFSe
Data Prestação Serviço: 18/09/2023Emissão: 18/09/2023 18:40:59
Incidência: PELOTAS (RS)

Reten

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CENTRO CLINICO PILTCHER LTDA

CPF / CNPJ: 32.948.834/0001-77

Regime: Faturamento

Endereço: Rua Rua Andrade Neves, nº 3008, Bairro Centro

Telefone:

Município: PELOTAS (RS)

E-Mail: financeiro@copilcher.com.br

Inscr. Municipal: 1009931

Inscr. Estadual:

Nome Fantasia: CENTRO CLINICO PILTCHER

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CPF / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Endereço: Rua Matias Jose Bins, 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; Pronto-Socorro;

Local da Prestação dos Serviços: PELOTAS (RS)

Discriminação dos Serviços Prestados:

consulta • med • med • taxa

RETENÇÕES DE IMPOSTOSINSS
R\$ 0,00COFINS
R\$ 0,00CSLL
R\$ 0,00PIS
R\$ 0,00IRRF
R\$ 0,00Outras Retenções
R\$ 0,00**DETALHAMENTO DE VALORES**

Valor Total da Nota	Deduções Permitidas em Lei	Base de Cálculo	Alíquota	ISS	Totais Retenções
R\$ 336,00	R\$ 0,00	R\$ 336,00	2,00 %	R\$ 6,72	R\$ 0,00

Valor Líquido: R\$ 336,00**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****CARTÃO**

Emitido por Maira Guedes Piltcher Recuero

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:**911C.8AEB.0BBC.D022.76F2.0AAB.2F14.F589**

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Urgência () Emergência () Não urgente

Convênio : PAT/PS - PARTIAZONASUL - CC

Centro CLÍNICO

FADE NEVES, 3008 - PELOTAS - RS

Atendimento Nro: 202820

SAME: 15729

C.N.B:

CPF: 05342960066

RG: 214213541

Paciente VALENTINA NASCIMENTO PAVLAK

Endereço: RUA THOMAZ ANTONIO GONZAGA, 741

Cidade: PELOTAS

Naturalidade: PELOTAS

Nascimento: 11/02/2017

Idade: 6

Fone: 981150207

Sexo: FEMININO

Convênio: PAT/PS - PARTIA

Matrícula: PARTICULAR

Mãe: ANDRESSA NASCIMENTO PAVLAK

Guia:

Responsável:

Executante CRM(2) - CENTRO CLINICO PILTCHER

Data: 15/09/2023

Hora: 17:54:10

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Tipo de Atendimento: CONSULTA PAT

Observação: NF PARA ESCOLA ADVENTISTA

PA: / FC: 99 FR: / SAT: 981

367

ferimento certo - contusão neta

cos) sutura com monocril 4.0,
ponts simples.

Assinatura Responsável: _____

Médico

Hora: _____

CRM: _____

Triagem de Enfermagem

Apresenta sintomas respiratórios () Sim () Não

HAS () Sim () Não

DM () Sim () Não

Cardiopatia () Sim () Não

Alergias () Sim () Não

Outras Doenças

Queixa Principal: Corte no Queixo

#Medicações de uso contínuo: