

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Borges Lopes
Nº da Carteirinha: 8.48.5389
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 31/01/2016

Nº da Guia: 16228



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2024	09:06:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Ombro Direito, Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição
A aluna estava se deslocando (correndo) no corredor e resvalou e caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Karina	(53) 3225-4188

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sauzi	25/03/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
O pai foi chamado no colégio.

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:** 23928 / NFS-e
Data Prestação Serviço: 25/03/2024**Emissão:** 25/03/2024 11:26:25
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:** financeiro@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 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; Sanatorios; Manicomios; Casas de Saude; Prontos-Socorros;**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

CONSULTA +IMOBILIZAÇÃO+RX OMBRO+ RX ANTEBRAÇO

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\$ 430,00**Deduções Permitidas em Lei**
R\$ 0,00**Base de Cálculo**
R\$ 430,00**Alíquota**
2,00 %**ISS**
R\$ 8,60**Totais Retenções**
R\$ 0,00**Valor Líquido:****R\$ 430,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****CARTAO**

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:

6340.0AF2.B6F5.2AE1.EF3B.C7DB.F803.A533



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

() Urgência () Emergência () Não urgente

Convênio : PAT/PS - PART/AZONASUL- CCP

CENTRO CLÍNICO
ANDRADE NEVES, 3006 - PELOTAS - RS

Atendimento Nro: 213096 SAME: 20269 C.N.S: CPF: 05079966076 RG: 1132384536

Paciente LUIZA BORGES LOPES

Endereço: MARECHAL RONDON, 672

Bairro: CENTRO

Cidade: PELOTAS

Fone: 981247376

Naturalidade: PELOTAS

Sexo: FEMININO

Nascimento 31/01/2016

Idade: 8

Convênio: PAT/PS - PART/A

Matricula:

Mãe: BEATRIZ BORCHARDT BORGES

Guia:

Responsável:

Executante CRM(2) - CENTRO CLINICO PILTCHER

Data: 25/03/2024

Hora: 09:33:21

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Tipo de Atendimento: CONSULTA PAT

Observação:

PA: FC: 94 FR: SAT: 99.

Queda

DX ombro D, cotovelo D, antebraço D
fratura antebraço D.

DX antebraço E
I prov.

Assinatura Responsável:

[Assinatura]

Médico:

Hora:

CRM:

[Assinatura]
CENTRO Piltcher
Clínica Médica
M. RS 22802

Triagem de Enfermagem

Apresenta sintomas respiratórios () Sim () Não

HAS () Sim () Não

DM () Sim () Não

Cardiopatia () Sim () Não

Alergias () Sim () Não

Outras Doenças:

Queixa Principal: Dor no ombro, cotovelo e braço D.

#Medicações de uso contínuo:

Nome - Fabricio Silva Lopes

CPF - 016.002.400 - 54

Agencia - 1594

Conta - 00069958-8

Banco caixa / conta
corrente

Pix - 914.194.330-91