

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Evelyn Medeiros Martins
Nº da Carteira: 13.3.3367
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 03/09/2007

Nº da Guia: 15840

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	13:39:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça

Descrição

Aluna recebeu uma bolada no lado esquerdo do rosto, por volta das 10hs da manhã. Sentindo forte dor de cabeça e a visão do olho esquerdo esta turva.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia Gelain	(47) 3447-7400
Monitor Yohan Mignoni	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Gisela Cardoso	11/03/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
Gelo. Avaliação médica.

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Evelyn Medeiros Martins
Nº da Carteira: 13.3.3367
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 03/09/2007

Nº da Guia: 15840

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	13:39:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça

Descrição

Aluna recebeu uma bolada no lado esquerdo do rosto, por volta das 10hs da manhã. Sentindo forte dor de cabeça e a visão do olho esquerdo esta turva.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia Gelain	(47) 3447-7400
Monitor Yohan Mignoni	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Gisela Cardoso	11/03/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

Gelo. Avaliação médica.

Gisela Cardoso
Professora

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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

Paciente **Evelyn Medeiros Martins**
Nascto 03/09/2007 16a 6m 8d
Entrada 11/03/2024 14:58:36

Atendimento 7482197
Convênio Unimed Estadual / Intercâmbio / Básico

INSTRUÇÕES AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO

Até o momento não pudemos constatar, através dos exames realizados, qualquer evidência de que seu traumatismo na cabeça tenha sido significativo. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações inesperadas podem ocorrer horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 24 horas são as mais críticas. É aconselhável permanecer em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período.

RETORNE AO HOSPITAL IMEDIATAMENTE se aparecer algum dos sinais ou sintomas abaixo relacionados:

- SONOLÊNCIA EXCESSIVA E FORA DOS PERÍODOS HABITUAIS;
- NÁUSEAS E VÔMITOS;
- DOR DE CABEÇA DE FORTE INTENSIDADE;
- CONFUSÃO MENTAL OU ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO;
- TONTURA COM INTENSIDADE CRESCENTE;
- FRAQUEZA OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM QUALQUER MEMBRO DO CORPO;
- CRISE CONVULSIVA (ATAQUE EPILÉTICO);
- DESMAIO;
- MOVIMENTO ESTRANHO NOS OLHOS, VISÃO DUPLA OU QUALQUER DISTÚRPIO VISUAL;
- PERDA DE LÍQUIDO PELO OUVIDO OU NARIZ;
- ALTERAÇÃO DA RESPIRAÇÃO;
- QUALQUER PERDA DE SANGUE;

Se a pessoa confiável, durante esse período, observar qualquer modificação aconselhamos, também, retornar ao hospital. Pode comer ou beber como o de costume, NÃO TOME BEBIDAS ALCOÓLICAS pelo menos 03 (três) dias a partir desta data. Pode continuar outras medicações usadas de rotina, porém NÃO use sedativos (medicações para dormir), pelo menos durante 48 horas.

USO INT

TORAGESIC 10 _____ 1 CX

TOMAR 1CP 8/8 H

////////////////////////////////////

-GELO LOCAL

-RETORNO EM CASO DE PIORA
OBSERVAR ORIENTAÇÕES

-PROFILAXIA ANTI TETÂNICA

Impresso em 11/03/2024 16:51:41
joaquimln

Dr. Joaquim Leite Neto (CRM 5840)

PA Cirurgia

Curativos: obrigatória marcação prévia - Tel: 3441-9703
Horário para realização dos curativos: das 07 às 19 horas
Rua Orestes Guimarães, 905 - América - Joinville - SC

A Troca da Medicação Desta Receita é de Inteira Responsabilidade do Paciente.

RECEBEMOS DE

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 118419

SÉRIE 00001



CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (741)

RUA GERMANO STEIN, 249 - AMERICA
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-090
FONE: (47) 3433-1844

Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica

0 - Entrada 1
1 - Saída

Nº: 118419

SÉRIE 00001

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42240384683481010725550010001184191977356478

Consulta de autenticidade no portal nacional da
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240066937199 / 13/03/2024 11:51:06

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254919731

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0107-25

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO
13/03/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA
13/03/2024

MUNICIPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
11:51:06

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS

40,41

VALOR DO ICMS

6,87

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

48,80

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

8,39

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

40,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
1 - DESTINATARIO

9

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG Lote:3T5974 Qt:1	30049062	500	5102	UN	1,000	48,80	48,80	40,41	6,87	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 10, OPER.: 116172 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 5,44 - ESTADUAIS: R\$ 6,87. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO