

MED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - COOP PA - FILIAL CENT

Cód. Prestador: 77858611001503
Mês/Ano Referência: 01/11/2021
Qtd. Atendimentos: 2
Qtd. Contas: 2
Qtd. Guias: 0
Valor Total Protocolo: 172,43
Observação: MAIARA

Seq.	Atendimento	Nº Conta	Dt. Atendimento	Guia	Senha	Carteirinha	Paciente	Subtotal	Total	NF OPME
1	2391069	19325887	08/10/2021				ESTHER DE MELO	66,00	66,00	
2	2383677	19185868	28/09/2021				FRANCISCO SANFORD	106,43	106,43	

Data Entrega: 21 NO / 2021



Assinatura Faturamento

Assinatura Produção Médica

UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS -

Madalena Barbi,204 - Florianópolis - SC
CNPJ:77858611001503 - Inscr.Est.: - Fone:3216-9190
(CNES 9830774)

**CONTA
PACIENTE**

77858611001503

Nota:**Emissão:**

Nº Atend: 2.383.677
Nº I.C.: 19.185.868

Paciente:
FRANCISCO SANFORD

Convênio:
Instituto Adventista

Usuário/Matrícula

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 138391 Data Entrada: 28/09/2021 17:57:32 Data Saída: 28/09/2021 20:35:52 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: LUCIANE AVILA CORDEIRO Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 000000000 Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Tipo acomodação: Setor sem acomodação
Data Nasc.: 09/08/2012 Sexo: M
CID Princ.: W18.0 Outras quedas no mesmo nível - residência
Guia: Não Informada Senha:

Dt.Conta: 28/09/21 18:07 Dt.Inicial: 28/09/21 17:57 Dt.Final: 28/09/21 20:35 Refer: 01/11/21

Movimentação do Paciente

Seq.	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	28/09/2021 17:57:32	28/09/2021 20:35:52
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	28/09/2021 18:30:09	28/09/2021 18:30:09

Procedimentos Diversos

Seq.	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	CRM	Médico	Função	Valor
1	28/09/21 17:57	PRONTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	5670	LUCIANE	Clínico	66,00
2	28/09/21 18:41	RAIO X UC	40801012	Crânio - 2 Incidências	1,00	9267	FABIO	Clínico	36,72
Total de Procedimentos Diversos					2,00				102,72
Total geral (R\$)									106,43



Paciente **FRANCISCO SANFORD**
Data Nascto. 09/08/2012 9 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Antônio Jovita Duarte, 232 CASA
Município Sao Jose
Telefone 84811218

Atendimento **2.383.677**
Carteirinha:
Convênio Particular
Cat. / Plano Preço Particular - Sem plano
Prontuário 138391
Data 28/09/2021 17:57:32
Tipo Acomod Setor sem acomodação

AT. PARTICULAR
Paciente liberado, encaminhar
paciente para a recepção

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CRISTIANO SANFORD, responsável pelo paciente FRANCISCO SANFORD, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

FRANCISCO SANFORD

CRISTIANO SANFORD

PRONTO ATENDIMENTO UC

Dz. Luciane Avila Cordate
CRM/SC 8078
Médico Pronto Atendimento
UCS - serviços de saúde
Unimed Grande Florianópolis

Peso 30kg
220 uor

Sat: 100%
FC: 85

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado CRISTIANO SANFORD, responsável pela paciente FRANCISCO SANFORD, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

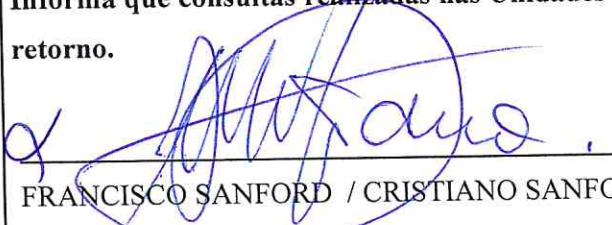
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara CRISTIANO SANFORD ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.


FRANCISCO SANFORD / CRISTIANO SANFORD

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente	FRANCISCO SANFORD	Atendimento	2.383.677	Prontuário	138.391
Data Nascto	09/08/2012 9a 1m 19d	Convênio	Particular / Preço Particular	Médico Presc	Dra. LUCIANE AVILA CORDEIRO (CRM
Data Entrada	28/09/2021 17:57:32	Liberação	28/09/2021 18:41:51	Prescrição	3083165
Médico Resp	Dra. LUCIANE AVILA CORDEIRO (CRM 5670)	Data Prescr.	28/09/2021 18:41:30		

Diretor Técnico Médico:

Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtde / Intervalo

Horários

Prot. Glic.

Material

Dia/Hora

1 RX Crânio 2 Incid

18:41

28 18:41

Mariana Costa
Técnica de Radiologia
CRR/SC 00381N
Unimed Grande Florianópolis

Dra. Luciane Avila Cordeiro
Médico Responsável
Unimed Grande Florianópolis

Dra. LUCIANE AVILA CORDEIRO (CRM 5670)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Francisco Sanford

Nº da Carteira: 7.58.5188

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 09/08/2012

Nº da Guia: 3954

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2021	15:40:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição

Aluno estava brincando no recreio e teve um choque com um colega. Bateu o rosto com um colega

Testemunha da ocorrência

Professora Gracieli

Telefone

(47) 99699-1741

Quem prestou primeiros socorros

Professora Gracieli

Data

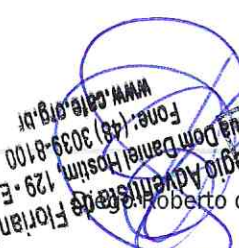
28/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluno teve um choque com outro colega no recreio

Ass.: _____

Ass.: 
Diego Roberto de Fraga
Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito
Rua Dom Daniel Hostim, nº. 129 - Estreito
Florianópolis - SC
Fone: (48) 3039-8100
www.colegio.org.br
Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação
Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito
Rua Dom Daniel Hostim, nº. 129
Estreito - CEP 82090-330
FLORIANÓPOLIS - SC
16.726.884/0101-901

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, 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:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CRISTIANO SANFORD

DOC. IDENTIDADE: ORG EMISSORA
3656535 SSP SC

CPF
017.690.217-10 DATA NASCIMENTO
27/07/1974

FILIAÇÃO
DORES MARIA SANFORD

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2244378620

Nº REGISTRO
01552046631 VALIDADE
18/07/2031 1ª HABILITAÇÃO
16/12/1997

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
7.373.688 DATA DE EXPEDIÇÃO
05/NOV/2014

NOME
FRANCISCO SANFORD

FILIAÇÃO
CRISTIANO SANFORD
MICHELE CARDOSO SANFORD

NATURALIDADE
SÃO JOSÉ SC DATA DE NASCIMENTO
09/08/2012

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 71528 LV A-140 FL 278
CART. LOCKS - SÃO JOSÉ SC

CPF
117.230.859-44

FLORIANÓPOLIS - SC

JOSÉ AUGUSTO DA LUZ KOERICH
Perito Criminal
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2383677

Colégio Adventist

UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS -

Madalena Barbi,204 - Florianópolis - SC
CNPJ:77858611001503 - Inscr.Est.: - Fone:3216-9190
(CNES 9830774)

**CONTA
PACIENTE**

77858611001503

Nota:**Emissão:**

Nº Atend: 2.391.069

Nº I.C.: 19.325.887

Paciente:
ESTHER DE MELOConvênio:
Instituto Adventista

Usuário/Matrícula

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99764730 Data Entrada: 08/10/2021 12:11:44 Data Saída: 08/10/2021 17:57:28 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Juliana Maia de Holanda Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 000000000 Espec/Clínica: 4 Clínica Pediátrica
Tipo acomodação: Setor sem acomodação
Data Nasc.: 30/05/2010 Sexo: F
CID Princ.: C00.2 Labio externo NE
Guia: Não Informada Senha:

Dt.Conta: 08/10/21 12:12 Dt.Inicial: 08/10/21 12:11 Dt.Final: 08/10/21 17:57 Refer: 01/11/21

Movimentação do Paciente

Seq.	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	08/10/2021 12:11:44	08/10/2021 17:57:28

Procedimentos Diversos

Seq.	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	CRM	Médico	Função	Valo
1	08/10/21 12:11	PRONTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21804	Juliana Maia de	Clínico	66,00
Total de Procedimentos Diversos					1,00				66,00
Total geral (R\$)									66,00



Paciente	ESTHER DE MELO		Atendimento	2.391.069
Data Nascto.	30/05/2010	11 Anos	Carteirinha:	
Sexo	Feminino		Convênio	Particular
Endereço	Rua Conde Afonso Celso , 440 CASA FUNDOS		Cat. / Plano	Preço Particular - Único
Município	Florianópolis		Prontuário	99764730
Telefone	998204868		Data	08/10/2021 12:11:44
			Tipo Acomod	Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado SARA CARDOSO DE MELO, responsável pelo paciente ESTHER DE MELO, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

ESTHER DE MELO

Sara Cardoso
SARA CARDOSO DE MELO

PRONTO ATENDIMENTO UC

Juliana Maia de Holanda
Pediatra
Hematologista Pediatra
CRM/SC 21814 RQE 11495 RQE 200

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado SARA CARDOSO DE MELO, responsável pela paciente ESTHER DE MELO, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara SARA CARDOSO DE MELO ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

X Sara Cardoso

ESTHER DE MELO / SARA CARDOSO DE MELO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO UNIDADE CENTRO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ESTHER DE MELO

CPF: 13449571966

Endereço: Rua Conde Afonso Celso , 440 CASA

Atendimento Nº: 2391069

Telefone: (48) 998204868

RG:

Responsável:

Nome: SARA

CPF: 05742794908

Endereço: Rua Conde Afonso Celso , 440 CASA FUNDOS

Telefone:

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressalvando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas,

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIFICAÇÃO NACIONAL

1830802317

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **PARA CARDOSO**

CPF: **057.427.249-08**

DATA DE NASCIMENTO: **20/11/1988**

ENDEREÇO: **AVENIDA BRASIL 1000**

CIDADE: **FLORIANÓPOLIS**

UF: **SC**

DATA DE EMISSÃO: **18/04/2022**

VALIDADE: **31/01/2018**

IDENTIFICAÇÃO: **00099045906**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **7.528.243**

DATA DE EXPEDIÇÃO: **25/AGO/2017**

NOME: **ESTHER DE MELO**

FILIAÇÃO: **ANICLÉCIO VANILDO DE MELO
SARA CARDOSO DE MELO**

NATURALIDADE: **SÃO JOSÉ SC**

DATA DE NASCIMENTO: **30/05/2010**

DOC. ORIGEM: **CERT. NASC. 65154 LV A-119 FL 204
CART. LOCKS-SÃO JOSÉ SC**

CPF: **134.495.719-66**

ASSINATURA DO DIRETOR: **PAULO HENRIQUE DOS SANTOS**
Perito Criminal
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

FLORIANÓPOLIS - SC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GREG & SONS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Esther de Melo

Nº da Carteirinha: 7.58.4552

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 30/05/2010

Nº da Guia: 4084



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2021	10:35:00	Quadra	Durante o recreio

O que aconteceu	Partes do corpo
bateu a boca no muro brincando de pega-pega	Lábios, Dentes Superiores

Descrição
A aluna estava brincando no recreio de pega-pega acabou batendo a boca no muro. Foi feito uma limpeza por causa do sangue e colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Elaine	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Elaine e o Coordenador Marlon	08/10/2021

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
A aluna foi atendida pelo Coordenador Marlon e foi ligado para os pais virem buscar e levar para clinica.

Ass.:

Marlon Rochadel da Silva
Coordenador de Disciplina

MARLON ROCHADEL DA SILVA

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, 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:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br