

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Luiza Alves Afonso  
**Nº da Carteirinha:** 11.1.9890  
**Instituição:** FAP - Educação Básica

**Data de Nascimento:** 03/10/2007

**Nº da Guia:** 18229



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                             |
|--------------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 22/05/2024         | 17:08:00 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Esquerda    |

| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluna em jogo de voleibol refere ter levado a mão ao rosto para se defender de uma bolada. Bola acertou MSE ocasionando trauma. Apresenta limitação de movimento em articulação radiocárpica, edema, algia intensa. Aplicado gelo e realizado imobilização do membro com tala e atadura. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Ariel Fritzen            | +595 981 299482 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enf. Gilberto Júnior            | 22/05/2024 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

| Observações                                                 |
|-------------------------------------------------------------|
| Encaminhada com urgência ao HBSM para avaliação ortopédica. |

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior  
ENFERMEIRO  
COREN/PR: 715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



CNPJ: 79.430.682/0157-40 FARMACIA  
E DROGARIA NISSEI SA  
AV BRASIL 4464 CENTRO - ZONA L -  
COLOMBO - PR 83402-335 Fone:  
(41)3213-9347 E- 904.98349-36

| DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA |       |                               |     |    |         |         |            |  |  |
|------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------|-----|----|---------|---------|------------|--|--|
| #                                                          | Cod   | Descrição                     | Qtd | Un | VI Unit | VI Desc | VI Total   |  |  |
| 001                                                        | 69004 | TROM CETOROLACO 10MG 10CPR    | 1   | UN | 34,17   | 10,25   | 23,92      |  |  |
| 002                                                        | 35632 | TRAMADON RETARD 100MG 10 CPR  | 1   | UN | 92,75   | 18,55   | 74,20      |  |  |
| 003                                                        | 65822 | DIPIRONA MONODRATADA 1G 10CPR | 1   | UN | 21,28   | 10,38   | 10,90      |  |  |
| QTD TOTAL DE ITENS                                         |       |                               |     |    |         |         | 003        |  |  |
| VALOR TOTAL R\$                                            |       |                               |     |    |         |         | 148,20     |  |  |
| Descontos R\$                                              |       |                               |     |    |         |         | -39,18     |  |  |
| VALOR A PAGAR R\$                                          |       |                               |     |    |         |         | 109,02     |  |  |
| FORMA DE PAGAMENTO                                         |       |                               |     |    |         |         | Valor Pago |  |  |
| Cartão de Crédito Outros                                   |       |                               |     |    |         |         | 109,02     |  |  |

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>  
4124 05/79 4306 8201 5/40 6505 1000 2188 1116 4222  
89/6

CONSUMIDOR CNPJ: 15.116.763/0004-12  
NFC-e nº 000218811 Série 051 22-5-24 23:54:13  
Protocolo de Autorização: 141240781992292  
Data de Autorização: 22-5-24 23:54:13



MD5: [Trib aprox R\$ 1,12 e 14,66 IPI 20,71 Imp  
19,34] Conte: [BPF] CONVENIO: 2356-[operador/vendedor/  
514377/34137]VOCE ECONOMIZOU: R\$ 39,18] consulte o  
QR Code através do App De Olho Na Nota disponível na  
PlayStore (Android) e AppStore (iOS) - Loja 149 - Caixa 51  
- Troca mediante cupom fiscal ate 30 dias, exceto  
medicamentos de uso controlado, remédios e farmácia  
popular  
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12) R\$ 54,12  
Proct B2G POS



**RECEITA MÉDICA**

**PARA: MARIA LUIZA ALVES AFONSO**

**USO INTERNO**

- 1) DIPIRONA 1G -----  
Tomar 01 Comprimido Via Oral de 6/6 horas se dor
- 2) TOTTI SL -----  
Tomar 01 Comprimido Via Oral de 12/12h por 5 dias
- 3) TRAMADON RETARD 100 MG ----- 1 CX  
Tomar 01 Comprimido Via Oral de 12/12 horas se dor forte

🕒 **NÃO AUTORIZADO A TROCA DE RECEITAS**

*Danielle H. Grubert*  
Ortopedista  
CRM/PR 45.480 RQE 34.133

**MARINGÁ, 22/05/24**

**PRAÇA 7 DE SETEMBRO, 285 – MARINGÁ - PR**