

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Gusmão de Souza  
Nº da Carteira: 11.4.1311  
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 26/03/2000

Nº da Guia: 2193



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                          |
|--------------------|----------|--------|------------------------------------|
| 22/10/2020         | 15:30:00 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Esquerdo |

### Descrição

O aluno interno estava jogando futebol, quando estava correndo atrás da bola, foi desviar do adversário, e fez um movimento onde sentiu muito dor no joelho esquerdo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Matheus Lopes            | (92) 9903-9614 |
| Vitor                    | (92) 9903-9614 |

| Local de atendimento                     | Endereço              | Nº | Bairro  | Telefone       |
|------------------------------------------|-----------------------|----|---------|----------------|
| Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá | 31, Av. Independência | 3  | Zona 04 | (44) 3220-6000 |

### Observações

O aluno foi encaminhado pelo hospital referente.

Ass.: \_\_\_\_\_

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, 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: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

|                                                 |        |                 |
|-------------------------------------------------|--------|-----------------|
| Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva | 1 de 1 | 4/11/2020 16:39 |
|-------------------------------------------------|--------|-----------------|

FARMACIA BRASILIA LTDA  
CNPJ: 79.119.285/0001-34  
AV BRASIL 5208, ZONA 04 - MARINGA

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de  
Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

| Código        | Desc                          | Qtde | UN | VI Unit | VI Total |
|---------------|-------------------------------|------|----|---------|----------|
| 7896094916227 | LISADOR DIP 1 GR C/ 10 CP     | 1    | UN | 18,19   | 18,19    |
| 7896714223971 | TENDXICAN 20mg cx 10 comp rev | 1    | UN | 43,53   | 43,53    |

|                      |        |
|----------------------|--------|
| Qtde. total de itens | 2      |
| Valor total R\$      | 61,72  |
| Desconto(s) R\$      | -16,68 |
| VALOR A PAGAR R\$    | 45,04  |

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| FORMA PAGAMENTO | VALOR PAGO R\$ |
| Dinheiro        | 50,00          |
| Troco R\$       | 4,96           |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>  
4120 1079 1192 6500 0134 6500 1000 4468 5814 2463 1332

CONSUMIDOR - CNPJ 15.116.763/0004-12  
ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
NFC-e nº 446858 Série 001 23/10/2020 15:10  
Protocolo de autorização: 141 2012352329 87  
Data de autorização: 23/10/2020 15:10



CCV da Venda: 047630  
PV000054768 Atendente: 103  
Caixa: 2 Operador: 95  
Val Tributos Não Apurado R\$45,04 (100,00%)  
Você economizou R\$16,68 (27,03%)

RECEITA MÉDICA

PARA: MATHEUS GUSMAO DE SOUZA

USO INTERNO:

- 1) LISADOR DIP 1G ----- 1 CX  
Tomar 01 Comprimido Via Oral 6/6 horas se dor
- 2) TEFLAN 20 MG -----  
Tomar 01 Comprimido Via Oral 1 Vez por dia por 5 dias

① SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Dr. Luão Celso Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica de Coluna Vertebral  
CRM-PR 31.317-7 / 15107

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico

Maringá, sexta-feira, 23 de outubro de 2020