



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **15.019**
Código verificação **3D3-EDA-3DC**
Emitido em **13/11/2020 17:53:58**



RPS Nº 14963 Série F de 13/11/2020 Lote 37665

Prestador de Serviços

CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasauade.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorinilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 200.00 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 99.28 MEDICAMENTOS R\$ 44.33 RADIOLOGICO R\$ 35.64 TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA R\$ 583.40 ISS 2.00 R 19.25 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS
0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 962,65

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	962,65	2,00	19,25
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	962,65	11/2020	Prestador

Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

Consulte a autenticidade deste documento em <https://ecity.maringa.pr.gov.br>

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE:3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 14963
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 13/11/2020 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENT0

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	200,00	200,00
		MATERIAL HOSPITALAR	99,28	99,28
		MEDICAMENTOS	44,33	44,33
		RADIODIAGNOSTICO	35,64	35,64
		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	583,40	583,40
		ISS 2.00 R 19.25 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	962,65	
			TOTAL DO RPS =>	962,65

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M6 serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14963

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

Remessa:	82126	Competência:	11/2020	Entrega:	13/11/2020
Convênio:	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Nota Fiscal	14963	Série:	F		

82126

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
27/09/2020	27/09/2020	2162		3330549	6210808	PAULO HENRIQUE FARIA PERIPRONTO SOCORRO	962,65

Total : 1 962,65

Total Geral : 1 962,65

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6210808000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2162		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/11/2020		5 - Senha 2162		6 - Data de Validade da Senha 2162		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 114249		9 - Validade da Carteira 01/01/2021		10 - Nome PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/11/2020		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.		29 - Código CBO		30 - Código CBO	
31 - Código CBO		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (RS)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)	
61 - Total de Medicamentos (RS)		62 - Total de OPME (RS)		63 - Total de Gases Medicinais (RS)		64 - Total Geral (RS)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	

3330540

Convênio CLINICA ADVENTISTA* CLAC

Atendimento: 6210808

Conta/Lote: 3330549

Data/Hora: 13/11/2020 16:42:45

Impresso por: BSROTTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 2162		5 - Código CNES 9365230				
Dados do Contratado Executante 3 - Código na Operadora 23876304000112								
4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
Despesas Realizadas								
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item			
17 - Registro ANVISA do Material	13:01:00	a	13:01:00	19	70014370			
18-Referência do material no fabricante								
12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	19-Nº Autorização de Funcionamento			
5 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	1.36	1.36
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2BD PRECISIONGLIDE								
6 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	1.36	1.36
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2BD PRECISIONGLIDE								
7 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	3.43	3.43
20 - Descrição: ESCALPE 21G - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA								
8 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	88.61	88.61
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS - BBRAUN 401450								
9 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)								
10 -	03	27/09/2020	13:01:00	1	036	1.00	2.80	2.80
20 - Descrição: SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)								
11 -	02	27/09/2020	13:01:00	1	001	1.00	0.75	0.75
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL								
12 -	02	27/09/2020	13:01:00	1	013	1.00	7.74	7.74
20 - Descrição: SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML SF								
13 -	02	27/09/2020	13:01:00	1	013	1.00	9.16	9.16
20 - Descrição: RINGER C/ LACTATO 500ML - B. BRAUN								
14 -	02	27/09/2020	13:01:00	1	013	1.00	9.16	9.16
20 - Descrição: RINGER C/ LACTATO 500ML - B. BRAUN								
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)								
22 - Total de Medicamentos (R\$)								
23 - Total de Materiais (R\$)								
24 - Total de OPME (R\$)								
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)								
26 - Total de Diárias (R\$)								
27 - Total Geral (R\$)								

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		5 - Código CNES	
000000		2162		9365230	
Dados do Contratado Executante					
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado			
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
Despesas Realizadas					
6-CD 7-Data		8-Hora Inicia		9-Hora Final	
17- Registro ANVISA do Material		10-Tabela		11-Código do Item	
15- 02 27/09/2020		13:01:00		20 90330048	
20 - Descrição:		TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL		12-Qtde. 1	
16 - 02 27/09/2020		13:01:00		20 90359321	
20 - Descrição:		PLAMET		13-Unidade de Medida 001	
				14-Fator Red. / Acresc. 1.00	
				15-Valor Unitário - R\$ 10.88	
				19-Nº Autorização de Funcionamento 10.88	
				16-Valor Total - R\$ 6.64	
				26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	
				25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
				24 - Total de OPME (R\$) 0.00	
				23 - Total de Materiais (R\$) 99.28	
				22 - Total de Medicamentos (R\$) 44.33	
				21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
				27 - Total Geral (R\$) 143.61	



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - N° Guia no Prestador **6210808**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Cadeira 123456456789	9 - Validade da Cadeira	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE	16 - Código CBO 225125
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 23876304000112	17 - Número no Conselho 44678	18 - UF 41	19 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcel Depieri Andrade Médico CRM-PR 44.678	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/09/2020	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
Dados do Contratado				
28 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição				
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total de OPME (R\$)				
62 - Total de Medicamentos (R\$)				
63 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
64 - Total Geral (R\$)				
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
67 - Assinatura do Contratado				
68 - Assinatura do Contratado				





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 27/09/2020	5 - Senha 2162		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 123456456789	9 - Validade da Carteira 31/12/2020	10 - Nome PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 28131	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Lucas Andrade Ortopedia / Traumatologia CRM 28131 / TEOT 14593
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 27/09/2020	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0	31 - Código CINES 9365230
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data	37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 123456456789				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 44678	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/09/2020	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela				
1	22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.
2	22	40804011	RX - Bacia	1
3	20	41001095	TC - Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	1
4	20	90249992	OMNIPAGE	2
5	20	90330048	TRANAL 100MG INJ - GRUNENTHAL	1
	20	90123255	RINGER C/ LACTATO 500ML - B. BRAUN	1
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
				41 - Descrição
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
				53 - Número no Conselho
				54 - UF
				55 - Total Geral (R\$)
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
Convênio: INST ADVENTISTA-IAP				
Atendimento: 6210808				
Data/Hora: 27/09/2020 16:29:27				
Contato: 06 210808				
Impresso por: JPCGOMES				



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2162

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento à RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 123456456789	9 - Validade da Carteira			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	17 - Número no Conselho 44678	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcelo Depieri Andrade CRM-PR 44.678
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE	16 - Conselho Profissional 6	18 - UF 41		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/09/2020	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 1 1 2	28 - Qt. Autoriz. 0 0 0
24 - Tabela 1 20 2 20 3 20	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial PLANET TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SF			
Dados do Contratado Executante				
29 - Código da Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição				
42 - Cide				
43 - Via				
44 - Tec.				
45 - % Red / Acresc.				
46 - Valor Unitário (R\$)				
47 - Valor Total (R\$)				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização do Procedimento em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



CADSUS WEB

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Dados do Usuário

CNS: 700109919237713

CPF: 100.338.529-01

Data: 27/09/2020 12:56

Nome: PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA

Nome Social:

Nome da Mãe: CLEIDE MOREIRA DE FARIA PEREIRA

Nome do Pai: VALDECIR PEREIRA

Data de Nascimento: 22/05/1999

Data de Óbito:

Tipo sanguíneo:

Raça/Cor: BRANCA

Sexo: M

Etnia:

Nacionalidade: BRASILEIRA

País de Nascimento: BRASIL

Município de Nascimento: MARINGA - PR

Data de Naturalização:

Portaria de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:



Contatos

Email Principal:

Email Alternativo:

CEP: 87.053-510

País de Residência: BRASIL

Município de Residência: MARINGA - PR

Tipo de Logradouro: RUA

Nome do Logradouro: PION TERTULINO RIBEIRO DOS SANTOS

Número: 535

Bairro: CJ R CIDADE ALTA

Complemento:

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP:

Identidade:

Orgão Emissor:

Data de Emissão:

UF:

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

Data de Emissão:

Data de Validade:

Certidão	Tipo	Número do Cartório	Data de Emissão	Número da Certidão
ANTIGA	91	NAGIB NEME	24/05/1999	A267-A267-085987

Ministério da Saúde - MS

Secretaria Executiva - SE

Departamento de Informática do SUS - DATASUS





Atendimento: 6210808 Pedido: 2199562 Ac. Number: 2745445
Registro / Nome: PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
Data de Nascimento: 22/05/1999 Idade: 21 anos, 4 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 13:27:00 Laudado: 07/10/2020
11:29:10
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANA PAULA OTAVIANI NILO R.

RX - BACIA (AP)

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6210808 Pedido: 2199577 Ac. Number: 2745463
Registro / Nome: PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
Data de Nascimento: 22/05/1999 Idade: 21 anos, 4 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 14:35:00 Laudado: 29/09/2020
13:05:25
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MARCEL DEPIERI ANDRADE R.

TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares e séries, antes e após a administração do meio de contraste endovenoso (Omnipaque 300/100 ml).

O conjunto de imagens demonstra:

- Fígado, baço e pâncreas com forma, contornos e coeficiente de atenuação e dimensões normais.
- Não há dilatação da árvore biliar e do sistema porta.
- Vesícula biliar de aspecto normal.
- Retroperitônio livre.
- Glândulas adrenais sem alterações.
- Após a administração do contraste venoso nota-se excreção pelos rins que apresentam forma, contornos e dimensões normais.
- Distribuição normal das alças intestinais. Imagens arredondadas de maior densidade na luz do cólon (Sementes de fruta?).
- Bexiga e próstata sem alterações.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5566256 DATA: 27/09/2020 13:18
USUÁRIO....: APONILO
ATENDIMENTO: 6210808 DT NASC: 22/05/1999 (21A 4M 8D)
CONVÊNIO...: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 13:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA GERAL// PS#

QUEDA DE NIVEL

PACIENTE REFERE QUEDA DE 3 M DE ALTURA REFERE TER CAÍDO SENTADO SEM TCE, SEM SINCOPE, SEM NAUSEAS E VÔMITOS. VEIO COM SAMU COM PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO CERVICAL.
REFERE DOR EM REGIÃO SACRAL

NEGA ALERGIAS
NEGA MUC
NEGA COMORBIDADES

EF: BEG, LOTE, CHEN, AAA
DV ESTAVEIS
ABM INOCENTE
PELVE SEM INSTABILIDADE
MEMBROS COM MOBILIDADE ADEQUADA

HD: QUEDA DE NIVEL

PLANO TERAPEUTICO: ANALGESIA// SOLICITO EXAME// AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

6210808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX BACIA (TRAUMA)	1						
Justificativa.: PACIENTE COM TRAUMAS							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		EV	C. PARADA	[27/09]	13:18
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML							
SISTEMA FECHADO							
3 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[27/09]	13:23
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML							
SISTEMA FECHADO							
4 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[27/09]	13:24
-> ÁGUA DESTILADA 10 ML INJ							
1 AMPOLA							

PRESCRIÇÃO.: 5566256 DATA: 27/09/2020 13:18
USUÁRIO....: APONILO
ATENDIMENTO: 6210808 DT NASC: 22/05/1999 (21A 4M 8D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 13:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

ANA PAULA OTAVIANI NILO R.
CRM-PR: 43068

PRESCRIÇÃO.: 5566347 DATA: 27/09/2020 14:27
USUÁRIO....: PMDANDRADE
ATENDIMENTO: 6210808 DT NASC: 22/05/1999 (21A 4M 8D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 13:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL

COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA GERAL#

QUEDA DE NIVEL
NEGA TCE
NEGA NBAUSEAS
NEGA VOMITOS E NEGA OUTRAS QUEIXAS
REFERE DOR EM REGIAO SACRAL

ALTA PELKO PS E AGUARDA AVALIACAO DA ORTO

6210808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

5 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						

PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
CRM-PR: 44678

PRESCRIÇÃO.: 5566355 DATA: 27/09/2020 14:34
USUÁRIO.....: PMDANDRADE
ATENDIMENTO: 6210808 DT NASC: 22/05/1999 (21A 4M 8D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 13:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

PACIENTE APRESENTOU UM EPISODIO DE HIPERTENSAO.
PRESCREVO VOLUME
PRESCREVO TC DE ABM TOTAL COM CONTRASTE
AGUARDO EXAMES

6210808

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

6 TC COMP DE ABDOMEN TOTAL
Obs.: COM CONTRASTE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						

MEDICAMENTOS

7 RINGER C/ LACTATO 500ML FRS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FRASCO		EV	AGORA	27/09	14:34

TOMOGRÁFIA
EXAME REALIZADO
DATA 27/09/20

Dr. Marcel Depieri Andrade
Médico
CRM-PR 44.678
PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
CRM-PR: 44678

PRESCRIÇÃO.: 5566384 DATA: 27/09/2020 14:56
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 6210808 DT NASC: 22/05/1999 (21A 4M 8D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 13:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

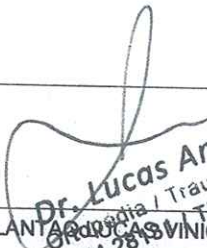
EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM EVIDENCIAS CLRAS DE FRAATURA LUXAÇÃO OU DESVIOS

EF:
FLEXO EXTENSÃO DO QUADRIL PRESERVADOS
AUSENCIA DE CREPTAÇÃO OSSEA EM PELVE

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O QUADRO
SEM CONDUTAS ORTOPEDICAS POR HORA


Dr. Lucas Andrade
PLANTAO de Ortopedia / Traumatologia
ORTOCLINICA VINICIUS DE ANDRADE
CRM 28131 CRM-PR: 28131

Quantidade	Material	Quantidade	Material	Quantidade	Material	Quantidade	Material
1	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada --- ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva --- cm		Seringa Descartável s/ag10ml
2	Agulha descartável 25x7		Compr. de gaze 7.5 x 7.5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
	Álcool Iodado --- ml		Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogastrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm --- cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº 21		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina --- ml		Esparadrapo --- cm		PVPI degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadaço --- 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica -- Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
		Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P	Flebotomia	Punção Venosa -- Aquilo	Verificação de sinais vitais
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa -- Infantil	
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____		

12/45 - Paciente admitido no PS Geral por queda de membro
 direito. José dos Santos
 COREN 628448
 15/30 - Paciente recebeu 150mg de morfina TC 15m após a
 de náuseas e vômitos e a dor melhorou com
 morfina.

Dados do Atendimento

Atendimento: 6210808 Data/Hora: 27/09/2020 13:01 Prioridade: Alta
Paciente: 508047 - PAULO HENRIQUE FARIA PEREIRA Sexo: M Nasc.: 22/05/1999 (21a 4m 8d)
Prestador: 5236 - PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEDA DE TIROLESA - DOR LOMBAR

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: 98SAT
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 80 mmHG Pulso: 62 bpm Temperatura:

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca: Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação: Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos: Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual: Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade: UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:



IDENTIFICAÇÃO

Município: Joatubana - 11090000 Data: 11/09/2016 Hora: 11:48 Base: B2 N° At.: 69

Endereço: PR 551 - Instituto Adventista PR N°: Bairro:

SAÍDA: CHEGADA: SAÍDA LOCAL: CHEGADA HOSPITAL: SAÍDA HOSPITAL: PRÓXIMO DESTINO/BASE:

Nome: Paulo Henrique Lima Pereira Idade: 21 Sexo: () F (X) M

Acompanhante: Idade: Fone:

NATUREZA DO CHAMADO

Acidente de trânsito:
() Colisão X
() Atropelamento
() Queda de motocicleta
() Queda de bicicleta
() Capotamento
() Outros

Outra natureza:
(X) Queda 4 mt
() Queimadura
() Quase afogamento
() Afogamento
() Agressão
() FAF
() FAB

Clinico:
() Intoxicação
() Pediátrico
() Psiquiátrico
() Gineco/obstétrico
(X) Adulto
() Outros

Local da ocorrência:
() Via Pública
() Domicílio
() Local de Trabalho
() Trajeto do Trabalho
() Hospital
() Unidade de Saúde
(X) Outros

Transporte secundário:
Serviço de Origem: Serviço de Destino:
Responsável: Responsável:
Função: Função:
Assinatura: Assinatura:

Motivo do Transporte:
() Serviço de maior complexidade
() Transferência simples
() Apoio
(X) Outros

AValiação Inicial

A - Vias Aéreas:
(X) Livre
() Obstrução parcial
() Obstrução total

B - Respiração:
(X) Espontânea
() Assistida
() Ausente

C - Circulação:
(X) Regular
() Fino
() Pele quente
() Pele úmida
() Cianose
() Grande hemorragia

D - Exame neurológico: ECG
ABERT. OCULAR: 4 Espontânea, 3 A voz, 2 Ador, 1 Ausente
RESP. VERBAL: 5 Orientado, 4 Confuso, 3 Desconexo, 2 Incompreensível, 1 Ausente
RESP. MOTORA: 6 Obedece comandos, 5 Localiza dor, 4 Retirada à dor, 3 Flexão anormal, 2 Extensão anormal, 1 Ausente

Pupilas: (X) Isocórica () Anisocórica Midriase () D () E Miose () D () E
Respostas: Déficit motor () D () E Déficit sensitivo () D () E

E - Exposição:

	Crânio	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	Pelve	MID	MIE	MSD	MSE	DORSO
Escoriação											
Confusão											
FCC											
Laceração											
Fratura fechada											
Fratura exposta											
Luxação											
Amputação											
Esmagamento											
Perfuração											
Queimadura											
Edema											
Hemorragia/sangramento											

Escala de Trauma: 12

	RESPIRAÇÃO	PA MÁXIMA	ECG
4	10 A 29	4 >89	4 13 A 15
3	>29	3 76 A 89	3 9 A 12
2	6 A 10	2 50 A 75	2 6 A 8
1	1 A 5	1 1 A 49	1 4 A 5
0	0	0 0	0 0

Principais sinais e sintomas: Queixa de nível elevado aproximadamente 4mt. Na abordagem em sala B2, paciente com ECG 15, apresenta lesões e fraturas realizadas e avaliadas pelo Dr. Rafael SSVU, estoveu imobilizado em prancha; pele e liberado de atendimento para seguir somente com a equipe USB para o Bom Samaritano.

Antecedentes: () Alcoolismo () Alergia () HIV () Crise convulsiva () Diabetes () Cardiopatia () Nefropatia () Neuropatia () Dependente químico
() Pneumopatia () Doença infecto-contagiosa () Cirurgias recentes () Internamentos recentes
() Tratamentos em curso () Medicamentos em uso

PA: 110 X 80 mmHg FC: 61 bpm FR: 16 vpm Glicemia capilar: 121 mg/dl SAT O2: 97 / Lm T°: °C

Procedimento realizado:
() Curativo () Desob. VAS () KED
() Imob. cervical () RCP () Imob. tala
() Imob. prancha () Guedel () Outros
() Tração de fêmur () Glic. Capilar () Ver. SSVV
() Vent. assistida () Ac. venoso
() Aspiração VAS () Contensão Mecânica

Destino do paciente:
() Liberado no local () Recusa atendimento
() Recusa transporte () Unidade de saúde
() Em obito () Obito durante transporte
() Obito durante atendimento () Evadiu-se
() Levado por terceiros

Atendimento Suporte Avançado:
Solicitado: (X) Sim () Não
Compareceu: (X) Sim () Não
Intervenção: (X) Sim () Não
Orientação telefone: (X) Sim () Não

Hospital/Unidade de Saúde Destino:
Local: Bom Samaritano
Responsável: Alvaro Fox
Assinatura:
CRM/COREN:

Identificação da Equipe:
Aux. de Enfermagem: Lobiana
COREN:
Condutor: Pardim

Médico Regulador: Rafael
Médico Inter: Rafael
Enfermeiro: Samuel
Condutor: Marcelo

Recusa: Eu, , RG: , ciente de que necessito de atendimento pré-hospitalar de urgência, recuso, por vontade própria, o atendimento prestado pelo SAMU na data de / / , às hs, assumindo total responsabilidade pelas consequências que meu ato pode ocasionar.



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Paulo Henrique Faria Pereira

Nº da Carteirinha: 11.4.249

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 22/05/1999

Nº da Guia: 2162



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2020	11:00:00	Pátio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Glúteos

Descrição

Caiu de altura de dois metros e meio, devido a uma atividade esportiva em tirolesa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi Gomes	(99) 907-4685

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes	27/09/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno estava pendurado em um cabo de tirolesa, quando o cabo rompeu em uma altura de dois metros e meio.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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