

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA - EPP</b><br><b>CNPJ: 76.019.231/0001-09</b><br>RUA MANOEL CORREA, 965<br>CEP: 83203-260 - Bairro: CENTRO<br>Município: PARANAGUA - PR<br>Email: faturamento@cspsaude.com.br<br>Insc. Municipal: 2491 | Número da NFS-e<br><b>1552</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Situação<br><b>Emitido</b>     |                                                                                     |

## Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

|                                                                                                                                                                                         |                                          |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
|  <b>ESTADO DO PARANÁ</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA | Autenticidade<br><b>0177450028110794</b> |                                 |
|                                                                                                                                                                                         | Data Emissão<br><b>27/11/2019</b>        | Hora Emissão<br><b>16:38:42</b> |

### TOMADOR DO SERVIÇO

|                                                                |                  |                                  |
|----------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|
| Nome Fantasia<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                |                  |                                  |
| Razão Social<br>INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE |                  | CPF/CNPJ<br>15.116.763/0004-12   |
| Endereço<br>ALAMEDA JULIA DA COSTA                             | Número<br>1447   | Complemento                      |
| Bairro<br>BIGORRILHO                                           | CEP<br>80730-070 | Cidade - Estado<br>CURITIBA - PR |

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço                                      | Local Prest. | Alíquota    | Sit. Trib. | Vlr. Trib.  | Dedução       | Vlr. ISSRF |
|----------------------------------------------|--------------|-------------|------------|-------------|---------------|------------|
| 403                                          | 7745         | 3.00 %      | TI         | 871,80      | 0,00          | 0,00       |
| Descrição do Serviço: ATENDIMENTO HOSPITALAR |              |             |            |             |               |            |
|                                              |              |             |            |             |               |            |
| Base de Cálculo                              | Valor ISSQN  | Valor ISSRF | Desconto   | Valor Total | Valor Líquido |            |
| 871,80                                       | 26,15        | 0,00        | 0,00       | 871,80      | 818,21        |            |
| IR                                           | INSS         | CSLL        | COFINS     | PIS         |               |            |
| 13,07                                        | 0,00         | 8,71        | 26,15      | 5,66        |               |            |

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03

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

Legenda do local da prestação do serviço

7745 - PARANAGUA - PR

Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

(403) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 13/2012 de 02/01/2012.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 16/12/2019.

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA - DFT .

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 117,26 (13.45%), Estaduais R\$ 0,00 (0.00%), Municipais R\$ 29,82 (3.42%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA      Código : 76019231000109      27/11/2019 16:24  
C.G.C : 76.019.231/0001-09      Endereço : MANOEL CORREIA , 965      Bairro : CENTRO

Convênio : ADVENTISTA  
Contas do lote : 2706309 - ADVENTISTA CONSULTAS E EXAMES NOVEMBRO 2019      Data : 27/11/2019  
Conta para o crédito : Agência :      Conta :  
Previsão do crédito : 27/11/2019

| Conta                    | Data             | Guia      | Matrícula | Paciente               | Médico          | Total  | Total Cred. | Desconto |
|--------------------------|------------------|-----------|-----------|------------------------|-----------------|--------|-------------|----------|
| 1055139-19               | 29/10/2019 11:00 | 1606      | 01        | KEVIN FRANCA SCHULTZ   | ALMIR JOSE CORD | 78,00  | 0,00        | 0,00     |
| 1055142-19               | 06/11/2019 15:32 | 080478519 | 256       | ICARO DA COSTA CARDOSO | GABRIEL DA CRUZ | 78,00  | 0,00        | 0,00     |
| 1055143-19               | 13/11/2019 14:20 | 080597719 | 0236      | VITOR GARCIA BRASILIO  | MARINA GORI ROS | 114,90 | 0,00        | 0,00     |
| Total de registros: 3    |                  |           |           |                        |                 | 270,90 | 0,00        | 0,00     |
| Total lote com desconto: |                  |           |           |                        |                 | 270,90 | 270,90      |          |
| Total lote sem desconto: |                  |           |           |                        |                 | 270,90 | 270,90      |          |

08 03 160 - 19

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kevin França Schultz  
**Nº da Carteirinha:** 2.21.2013  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 04/12/2002

**Nº da Guia:** 1606

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade        |
|--------------------|----------|--------------|------------------|
| 29/10/2019         | 10:36:00 | Sala de Aula | Aula de Espanhol |

| O que aconteceu                    | Partes do corpo             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Dores de cabeça e região dos olhos | Olho Direito, Olho Esquerdo |

### Descrição

O aluno estava assistindo aula e começou a sentir dores na cabeça e nos olhos. Tomou um paracetamol às 9h dado pela mãe e retorno para sala. Mas agora às 10h30 informou que está com muita dor.

| Testemunha da ocorrência  | Telefone       |
|---------------------------|----------------|
| Professor Adenilson Abreu | (41) 3427-8200 |
| Geicieli França Schultz   | (41)99905-0591 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Professor Adenilson Abreu       | 29/10/2019 |

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

### Observações

Encaminhado a mãe estará acompanhando.

**Dr. Almir José Cordeiro**  
Clíico Geral  
CRM 12368

Ass.:

Olindamara Cristina De Souza

**Olindamara C. Souza**  
Secretária  
Ato nº 1023677/2012

**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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Nome

**ÍCARO DA COSTA CARDOSO**

MATRÍCULA:

**084376 01 55 2015 1 00432 097 0101979 19**

Data de Nascimento (por extenso)

**Vinte e Cinco de Setembro de Dois Mil e Quinze**

Dia

**25**

Mês

**09**

Ano

**2015**

Hora

**11:48**

Município de Nascimento e Unidade da Federação

**CURITIBA PR**

Município de Registro e Unidade da Federação

**PARANAGUA PR**

Local de Nascimento

**Hospital: MATERNIDADE NOSSA SRA.  
DE FATIMA**

Sexo

**Masculino**

Filiação

**CARLOS HENRIQUE CARDOSO DA SILVEIRA e RENATA MARTINS DA COSTA**

Avós

**Avós : RAUL CARDOSO DA SILVEIRA e ELVIRA SCHMIDT DA SILVEIRA, Avós : ANTONIO DA SILVA  
DA COSTA e JUACI MARTINS DA COSTA**

Gêmeo

**Não**

Nome e Matrícula dos Gêmeos

**..**

Data do Registro (por extenso)

**um de outubro de dois mil e quinze**

Número da Declaração de Nascido Vivo

**67255945-7**

Observações Averbações

**..**

Registro Civil - 2º Ofício de Protesto  
Títulos e Documentos

**Paulo Emmanuel do Nascimento**

Rua Quinze de Novembro, 165 Centro Histórico - Paranaguá PR  
CEP: 83.203-010 Fone: 41-3423-2333  
Comarca de Paranaguá Paraná

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Paranaguá, 01 de Outubro de 2015

**Assinatura do Oficial**

**Jussara Ferreira Alves  
Escrevente**

**FUNARPEN**

SELO DIGITAL Nº

**XaOQq . 7Qr25 . vpZDD**

Controle:

**sSroR . 4cKQ**

valide esse selo em

<http://funarpen.com.br>

**REGISTRO CIVIL  
PARANAGUÁ - PARANÁ  
CNPJ 78.178 290/0001-55**

PARANAPEN 11 00001557 D

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Ícaro da Costa Cardoso  
**Nº da Carteira:** 2.21.3486  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá

**Data de Nascimento:** 25/09/2015

**Nº da Guia:** 1672

*Gabriel Domingues*  
Médico  
CRM-PR 38.581



| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 06/11/2019         | 15:22:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Rosto           |

### Descrição

estava em atividade em sala e tropeçou e bateu a testa no chão e veio a fazer um galo na testa .

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Auxiliar Jessica         | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Shock                           | 06/11/2019 |

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

### Observações

foi passado hirodoide no local e encaminhado ao atendimento medico juntamente com o responsável

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

Olindamara Cristina De Souza

**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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Clínica Médica  
SÃO PAULO

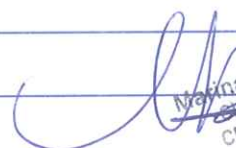
## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|                  |                         |             |     |
|------------------|-------------------------|-------------|-----|
| PACIENTE         | Vitor Opácio Brasilio   | ATENDIDO EM | / / |
| CONVÊNIO         |                         | Adaptativo  |     |
| EXAME SOLICITADO | Rx de tomografia linear | CÓDIGO      |     |
|                  |                         |             |     |
|                  |                         |             |     |
|                  |                         |             |     |
|                  |                         |             |     |
|                  |                         |             |     |

JUSTIFICATIVA: Facos

CID:

MÉDICO ( CARIMBO E ASSINATURA )

  
Marina Gori Rosa  
CRM-PR 35359

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Vitor Garcia Brasilio  
**Nº da Carteira:** 2.21.2408  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá

**Data de Nascimento:** 16/09/2002

**Nº da Guia:** 1726

Dr. Marina  
0803977.19

+RX



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 13/11/2019         | 12:20:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo               |
|-----------------|-------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Calcanhar Direito |

### Descrição

o aluno estava jogando bola e veio a tropeçar e machucando o pé direito

### Testemunha da ocorrência

Prof. Sanderson

### Telefone

(41) 3427-8200

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

### Observações

foi comunicado os pais e encaminhado para avaliação medica

Ass.:

Olindamara Cristina De Souza

**Dra. Marina Gori Rosa**  
MÉDICA  
CRM/PR. 35359

**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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Convênio : ADVENTISTA  
Contas do lote : 2706307 - ADVENTISTA SADT NOVEMBRO 2019      Data : 27/11/2019  
Conta para o crédito :      Agência :      Conta :  
Previsão do crédito : 27/11/2019

| Conta                    | Data             | Guia       | Matricula | Paciente                | Médico          | Total  | Total Cred. | Desconto |
|--------------------------|------------------|------------|-----------|-------------------------|-----------------|--------|-------------|----------|
| 1043944-19               | 31/10/2019 15:22 | 080369519  | 0236      | ANA CLARA COSTA ENGRÖF  | WIL DE CERQUEIR | 210,10 | 0,00        | 0,00     |
| 1043997-19               | 01/11/2019 09:32 | 080380919  | 0236      | ELISA LAGES DO ESPIRITO | OLIVIA PERMEGIA | 230,12 | 0,00        | 0,00     |
| 1053196-19               | 21/11/2019 13:15 | 0807278-19 | 01        | KAUANE RODRIGUES MARCIA | WIL DE CERQUEIR | 160,68 | 0,00        | 0,00     |
| Total de registros: 3    |                  |            |           |                         |                 | 600,90 | 0,00        | 0,00     |
| Total lote com desconto: |                  |            |           |                         |                 |        | 600,90      |          |
| Total lote sem desconto: |                  |            |           |                         |                 |        | 600,90      |          |

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADTMANOEL CORREIA  
PARANAGUA - PR  
CEP  
Fonte: 3427-8200

Conta. 1043944-19

Pág.: 1 de 1

Atend. 00000000-00

|                                                                                                                                      |  |                                                                    |  |                                                           |  |                                                                                   |  |                                                                                       |  |                                                                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>080369519                                                                                                        |  | 3 - Número da Guia Principal<br>080369519                          |  | 4 - Data da Autorização<br>31/10/2019                     |  | 5 - Senha                                                                         |  | 6 - Data de validade da Senha                                                         |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>000000000000000000000000 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0236                                                                                                       |  | 9 - Validade da carteira                                           |  | 10 - Nome completo<br>ANA CLARA COSTA ENGROF              |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                      |  | 12 - Atendimento a RN                                                                 |  |                                                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA           |  | 16 - Conselho Profissional<br>CRM                         |  | 17 - Número no Conselho<br>24159                                                  |  | 18 - UF<br>PR                                                                         |  | 19 - Código CBO S<br>225124                                             |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76019231000109                                                                                           |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>WIL DE CERQUEIRA          |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>           |  | 21 - Caráter do atendimento<br>IUI                                                |  | 22 - Data da Solicitação<br>IUI                                                       |  | 23 - Indicação Clínica                                                  |  |
| 24 - Tabela<br>22 10101039                                                                                                           |  | 25 - Código do Procedimento<br>ou item assistencial<br>22 10101039 |  | 26 - Descrição<br>EM PRONTO SOCORRO                       |  | 27 - Qtde.<br>Solicit. 1                                                          |  | 28 - Qtde.<br>Aut. 1                                                                  |  | 31 - Código CNES<br>3560430                                             |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA           |  | 32 - Tipo de Atendimento<br>IUI                           |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>I2                 |  | 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                            |  | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento<br>I5                        |  |
| 36 - Data<br>31/10/2019                                                                                                              |  | 37 - Hora inicial<br>15:22                                         |  | 38 - Hora final<br>22                                     |  | 39 - Tabela<br>22 10101039                                                        |  | 40 - Código do Procedimento<br>41 - Descrição<br>EM PRONTO SOCORRO                    |  | 42 - Qtde.<br>1                                                         |  |
| 43 - Via<br>1                                                                                                                        |  | 44 - Tec.<br>C                                                     |  | 45 - Fator Red/Acrésc<br>1,00                             |  | 46 - Valor unitário (R\$)<br>78,00                                                |  | 47 - Valor Total (R\$)<br>78,00                                                       |  |                                                                         |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                   |  | 48 - Seq.Ref<br>49 - Grau Part.                                    |  | 50 - Código da Operadora/CPF<br>51 - Nome do Profissional |  | 52 - Conselho Profissional                                                        |  | 53 - Número do Conselho                                                               |  | 54 - UF<br>55 - Código CBO                                              |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série<br>1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____ 9. ____ 10. ____ |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                     |  | 58 - Observação / Justificativa                           |  | 59 - Total do Procedimento (R\$)<br>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>44,62 |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>62 - Total de OPME (R\$)<br>68,74                    |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>18,74                               |  |
| 64 - Total de Gases Médicos (R\$)<br>65 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>                                             |  | 66 - Assinatura do Responsável pelo Contrato<br>                   |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>        |  | 68 - Assinatura do Contratado<br>                                                 |  | 69 - Total de Gases Médicos (R\$)<br>70 - Assinatura do Responsável pelo Contrato<br> |  | 71 - Total de Gases Médicos (R\$)<br>210,10                             |  |

# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

MANOEL CORREIA  
PARANAGUA - PR  
CEP  
Fone: 3427-8200

Atend. 0803695-19  
Pág.: 1 de 1

|                  |                                           |
|------------------|-------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número Guia Referenciada<br>080369519 |
|------------------|-------------------------------------------|

|                                           |                                                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Executante            |                                                    |
| 3 - Código na Operadora<br>76019231000109 | 4 - Nome do Contratado<br>CLINICA MEDICA SAO PAULO |
| 5 - Código CNES<br>3560430                |                                                    |

| Despesas Realizadas |          |                  |                |             |                     |            |                   |                         |                           | 13 - Un de Medida      | 14 - Fator Red./Acrésc. | 15 - Valor unitário (R\$) | 16 - Valor Total (R\$) |
|---------------------|----------|------------------|----------------|-------------|---------------------|------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 6 - CD              | 7 - Data | 8 - Hora inicial | 9 - Hora final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Un de Medida | 14 - Fator Red./Acrésc. | 15 - Valor unitário (R\$) | 16 - Valor Total (R\$) |                         |                           |                        |
| Despesas Realizadas |          |                  |                |             |                     |            |                   |                         |                           | 13 - Un de Medida      | 14 - Fator Red./Acrésc. | 15 - Valor unitário (R\$) | 16 - Valor Total (R\$) |
| 1-                  | 4        | 31/10/2019       |                | 18          | 60033681            | 1,00       | 036               | 0,00                    | 44,62                     | 44,62                  |                         |                           |                        |
| 2-                  | 2        | 31/10/2019       |                | 05          | 90196031            | 1,00       | 001               | 0,00                    | 3,04                      | 3,04                   |                         |                           |                        |
| 3-                  | 2        | 31/10/2019       |                | 05          | 90359313            | 1,00       | 001               | 0,00                    | 10,69                     | 10,69                  |                         |                           |                        |
| 4-                  | 2        | 31/10/2019       |                | 05          | 90222393            | 1,00       | 013               | 0,00                    | 5,01                      | 5,01                   |                         |                           |                        |
| 5-                  | 3        | 31/10/2019       |                | 05          | 70014370            | 1,00       | 036               | 0,00                    | 1,26                      | 1,26                   |                         |                           |                        |
| 6-                  | 3        | 31/10/2019       |                | 05          | 0000049299          | 1,00       | 005               | 0,00                    | 41,66                     | 41,66                  |                         |                           |                        |
| 7-                  | 3        | 31/10/2019       |                | 05          | 70139059            | 1,00       | 036               | 0,00                    | 21,22                     | 21,22                  |                         |                           |                        |
| 8-                  | 3        | 31/10/2019       |                | 05          | 70272824            | 20,00      | 038               | 0,00                    | 0,09                      | 1,80                   |                         |                           |                        |
| 9-                  | 3        | 31/10/2019       |                | 05          | 70705321            | 1,00       | 036               | 0,00                    | 2,80                      | 2,80                   |                         |                           |                        |
| 10-                 |          |                  |                |             |                     |            |                   |                         |                           |                        |                         |                           |                        |

|                                    |                                |                             |                        |                                    |                           |                      |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 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\$ |
| 0,00                               | 18,74                          | 68,74                       | 0,00                   | 44,62                              | 0,00                      | 132,10               |



# República Federativa do Brasil

## CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL TÍTULOS E DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS

RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 165 CENTRO HISTÓRICO - PARANAGUÁ PR CEP:83.203-010 Fone:41-3423-2333

**PAULO EMMANUEL DO NASCIMENTO**  
Oficial

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LIVRO: A-340

FOLHA: 198

TERMO: 83678

Certifico que no Livro, Termo e Folha acima citados, consta o Registro de Nascimento de **ANA CARLA COSTA ENGROFF**, nascida em PARANAGUA/PR, no dia 08 de Agosto de 2008, às 18:17 hora(s), do sexo Feminino, filha de CARLOS HENRIQUE ENGROFF e SIMONE DO ROCIO DA COSTA ENGROFF sendo avós paternos NELSON ENGROFF e ANA NOVIŠKI ENGROFF e sendo avós maternos ANTONIO VALERIANO DA COSTA e MARTA PEREIRA DA COSTA.

Declarante: O PAI

Dec. Nasc. Vivo: 41708645

Assento em: 14 de Agosto de 2008.

O referido é verdade e dou fé.

Paranaguá, 14 de Agosto de 2008.

p. O Oficial

REGISTRO CIVIL  
PARANAGUÁ - PARANÁ  
CNPJ 78 178 290/0001-55



Jussara Ferreira  
Alves  
Escrevente

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Ana Carla Costa Engroff  
**Nº da Carteirinha:** 2.21.3543  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá

**Data de Nascimento:** 08/08/2008

**Nº da Guia:** 1629

0803695.19.  
w.l



| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade    |
|--------------------|----------|--------------|--------------|
| 31/10/2019         | 14:01:00 | Sala de Aula | Sala de Aula |

| O que aconteceu               | Partes do corpo |
|-------------------------------|-----------------|
| passou mal e baixou a pressão | Abdomen         |

| Descrição                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna passou mal em sala e ficou muito pálida ( provavel queda de pressão ou glicose ), e muita dor abdominal |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Cristiano                | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Shock                           | 31/10/2019 |

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

| Observações                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| Foi encaminhada com uma monitora para avaliação medica e comunicado os pais |

Ass.:

  
Olindamara Cristina De Souza

  
Dr. Wil de Cerqueira  
CRM/PR. 24159

**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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

2 - Nº Guia no prestador  
Conta. 1043997-19

2 - Nº Guia no prestador  
Conta. 1043997-19

MANOEL CORREIA  
PARAMAGUA - PR  
CEP  
Fone: 3427-8200

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

Atend. 00000000-00

|                   |                              |                         |           |                               |                                             |
|-------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro AINS | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 0236              | 080380919                    | 01/11/2019              |           |                               | 000000000000000000000000                    |

|                        |                                         |                       |
|------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| Dados do Beneficiário  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
| 8 - Número da Carteira |                                         | N                     |
| 0236                   |                                         |                       |

|                          |                                        |                                         |
|--------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Dados do Solicitante     | 10 - Nome completo                     | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13 - Código na Operadora | ELISA LAGES DO ESPIRITO SANTO DE MEIRA |                                         |
| 76019231000109           |                                        |                                         |

|                                       |                            |                         |         |                   |                                             |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO S | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| OLIVIA PERMEGIANI VILARINHO           | CRM                        | 42402                   | PR      | 225125            |                                             |

|                                                                         |                             |                          |                        |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | 21 - Caráter do atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|                                                                         | IE                          |                          |                        |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição                                               | 27 - Qtde. Solicit. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
| 22          | 10101039                                         | EM PRONTO SOCORRO                                            | 1                   | 1               |
| 22          | 30711010                                         | IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)               | 1                   | 1               |
| 22          | 30722420                                         | FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - REDU | 1                   | 1               |
| 22          | 40803120                                         | MAO OU QUIRODACTILO                                          | 1                   | 1               |

|                                |                               |                  |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Dados do Contratado Executante | 30 - Nome do Contratado       | 31 - Código CNES |
| 29 - Código na Operadora       | CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 3560430          |
| 76019231000109                 |                               |                  |

|                      |                          |                                                             |                       |                                            |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento |
|                      | IUI                      | I2I                                                         | 2                     | I5I                                        |

| 36 - Data  | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento          | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------------------|----------------|------------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 01/11/2019 | 09:32             | 22              | 10101039    | EM PRONTO SOCORRO                    | 1              | 1          | C        |           | 1,00                  | 78,00                     | 78,00                  |
| 01/11/2019 | 09:32             | 22              | 30711010    | IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER | 1              | 1          | C        |           | 1,00                  | 10,50                     | 10,50                  |
| 01/11/2019 | 09:32             | 22              | 40803120    | MAO OU QUIRODACTILO                  | 2              | 1          | C        |           | 1,00                  | 7,95                      | 15,90                  |
| 01/11/2019 | 09:32             | 22              | 40803120    | MAO OU QUIRODACTILO                  | 1              | 1          | C        |           | 1,00                  | 21,00                     | 21,00                  |
| 01/11/2019 | 09:32             | 22              | 30722420    | FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES   | 1              | 1          | C        |           | 1,00                  | 56,50                     | 56,50                  |

|                                                    |              |                 |                              |                             |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|--------------|-----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 48 - Seq.Ref | 49 - Grau Part. | 50 - Código da Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional   | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número do Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|                                                    | 3            | 11              | 37094932855                  | OLIVIA PERMEGIANI VILARINHO | CRM                        | 42402                   | PR      |                 |
|                                                    | 5            | 12              | 37094932855                  | OLIVIA PERMEGIANI VILARINHO | CRM                        | 42402                   | PR      |                 |

|                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1. 5. 7. 9. 10.                                  | 2. 6. 8. 10.                                   |

|                                 |
|---------------------------------|
| 58 - Observação / Justificativa |
|---------------------------------|

|                                  |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|                                  | 44,62                                | 3,60                          |                          | 0,00                             | 0,00                                 | 230,12                 |

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

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

Atend. 0803809-19  
Pág.: 1 de 1

MANOEL CORREIA  
PARAMAGUA - PR  
CEP  
Fone: 3427-8200

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada  
080380919

3 - Código na Operadora  
76019231000109

4 - Nome do Contratado  
CLINICA MEDICA SAO PAULO

5 - Código CNES  
3560430

| Despesas Realizadas                |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  | CD = 1-Gases Medicinais |                             | 2-Medicamento |  | 3-Materiais |      | 4-Taxas Diversas       |  | 5-Diárias |  | 6-Aluguéis |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
|------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|------------|--------------------|----------|------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|-------------------------|-----------------------------|---------------|--|-------------|------|------------------------|--|-----------|--|------------|------------------------------------|--|--|--|-------|---------------------------|--|--|--|------|----------------------|--|--|--|-------|
| 6- CD                              | 7- Data                                        | 8- Hora Inicial                                        | 9- Hora final | 10- Tabela | 11- Código do Item | 12- Qtd. | 13- Un de Medida | 14- Fator Red./Acrésc. | 15- Valor unitário (R\$) | 16- Valor Total (R\$) |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 17- Registro ANVISA do Material    |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       | 19- Nº Autorização de Funcionamento |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 1- 4                               | 01/11/2019                                     |                                                        |               | 18         | 60023384           | 1,00     | 036              | 0,00                   | 44,62                    | 44,62                 |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 2- 3                               | 01/11/2019                                     | TAXA POR USOSSEAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  | 0,09                    | 3,60                        |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
|                                    |                                                | 05 70272824                                            |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 3-                                 | MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 4-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 5-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 6-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 7-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 8-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 9-                                 |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 10-                                |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       |                                     |                                |  |  |  |                         |                             |               |  |             |      |                        |  |           |  |            |                                    |  |  |  |       |                           |  |  |  |      |                      |  |  |  |       |
| 21 - Total de Gases Medicinais R\$ |                                                |                                                        |               |            |                    |          |                  |                        |                          |                       | 0,00                                | 22 - Total de Medicamentos R\$ |  |  |  | 0,00                    | 23 - Total de Materiais R\$ |               |  |             | 3,60 | 24 - Total de OPME R\$ |  |           |  | 0,00       | 25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$ |  |  |  | 44,62 | 26 - Total de Diárias R\$ |  |  |  | 0,00 | 27 - Total Geral R\$ |  |  |  | 48,22 |

[illegible]



Clínica Médica  
SÃO PAULO

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|                              |        |                                 |
|------------------------------|--------|---------------------------------|
| PACIENTE <u>Olivia Moura</u> |        | ATENDIDO EM <u>01 / 11 / 19</u> |
| CONVÊNIO                     |        |                                 |
| EXAME SOLICITADO             | CÓDIGO |                                 |
| <u>- Rx de mão D//</u>       |        |                                 |
|                              |        |                                 |
|                              |        |                                 |
|                              |        |                                 |
|                              |        |                                 |
|                              |        |                                 |
|                              |        |                                 |

JUSTIFICATIVA : \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

*Dr. Olivia P. Vilarinho*  
Médica  
CRM 42.407  
MÉDICO (CARIMBO E ASSINATURA)

REPUBLICA NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Dr. C. M. M. CRM 42402 ) Consulta + RX + Imobilizado N° 0803809-19  
+ T° Conservador geradora. atend.

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Elisa Lages do Espírito Santo de Meira  
**Nº da Carteira:** 2.21.2846  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 27/09/2007

**Nº da Guia:** 1642

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 01/11/2019         | 09:24:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                  |
|-----------------|----------------------------------|
| Torção          | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

### Descrição

A aluna estava jogando handebol e a bola atingiu o dedo anelar direito causando fortes dores e inchaço.

| Testemunha da ocorrência     | Telefone       |
|------------------------------|----------------|
| Professor Sanderson Cordeiro | (41) 3427-8200 |
| Monitora Jéssica Paixão      | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Professor Sanderson Cordeiro    | 01/11/2019 |

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

### Observações

**Dra. Olivia R. Vilarinho**  
Médica  
CRM/PR 42.402

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

Olindamara Cristina De Souza

**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  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no prestador

Conta. 1053196-19

MANOEL CORREIA  
PARANAGUA - PR  
CEP  
Fone: 3427-8200

Pág.: 1 de 1

Atend. 00000000-00

|                  |                              |                         |           |                               |                                             |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 0807278-19       | 0807278-19                   | 21/11/2019              |           |                               | 000000000000000000000000                    |

|                        |                                         |
|------------------------|-----------------------------------------|
| Dados do Beneficiário  |                                         |
| 8 - Número da Carteira | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 01                     | N                                       |

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| Dados do Solicitante     |                           |
| 13 - Código na Operadora | 10 - Nome completo        |
| 76019231000109           | KAUANE RODRIGUES MARCIANO |

|                                       |                            |                         |         |                   |                                             |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO S | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| WIL DE CERQUEIRA                      |                            | 24159                   | PR      | 225124            |                                             |

|                                                                         |                          |                        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |                          |                        |
| 21 - Caráter do atendimento                                             | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
| IUI                                                                     |                          |                        |

|                                                              |                     |                     |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial |                     | 27 - Qtde. Solicit. | 28 - Qtde. Aut. |
| 22                                                           | EM PRONTO SOCORRO   | 1                   | 1               |
| 22                                                           | MAO OU QUIRODACTILO | 1                   | 1               |
| 22                                                           | JOELHO              | 1                   | 1               |

|                                |                               |                  |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Dados do Contratado Executante |                               |                  |
| 29 - Código na Operadora       | 30 - Nome do Contratado       | 31 - Código CNES |
| 76019231000109                 | CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 3560430          |

|                          |                                                             |                       |                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento     |                                                             |                       |                                            |
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento |
| IUI                      | I2I                                                         | 2                     | I5I                                        |

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                   |                 |             |                             |                     |            |          |           |                        |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|---------------------|------------|----------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data                                             | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição      | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc. | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 21/11/2019                                            | 13:15             |                 | 22          | 10101039                    | EM PRONTO SOCORRO   | 1          | 1        | C         | 1,00                   | 78,00                     | 78,00                  |
| 21/11/2019                                            | 13:15             |                 | 22          | 40804054                    | JOELHO              | 2          | 1        | C         | 1,00                   | 8,58                      | 17,15                  |
| 21/11/2019                                            | 13:15             |                 | 22          | 40804054                    | JOELHO              | 1          | 1        | C         | 1,00                   | 21,00                     | 21,00                  |
| 21/11/2019                                            | 13:15             |                 | 22          | 40803120                    | MAO OU QUIRODACTILO | 2          | 1        | C         | 1,00                   | 7,95                      | 15,90                  |
| 21/11/2019                                            | 13:15             |                 | 22          | 40803120                    | MAO OU QUIRODACTILO | 1          | 1        | C         | 1,00                   | 21,00                     | 21,00                  |

|                                                    |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |
| 48 - Seq. Ref                                      | 49 - Grau Part. | 50 - Código da Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número do Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
| 3                                                  | 11              | 651.684.451-87               | WIL DE CERQUEIRA          | CRM                        | 24159                   | PR      |                 |
| 5                                                  | 12              | 651.684.451-87               | WIL DE CERQUEIRA          | CRM                        | 24159                   | PR      |                 |

|                                                  |        |                                                |        |        |        |        |        |        |         |
|--------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série |        | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |        |        |        |        |        |        |         |
| 1. / /                                           | 2. / / | 3. / /                                         | 4. / / | 5. / / | 6. / / | 7. / / | 8. / / | 9. / / | 10. / / |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 58 - Observação / Justificativa |  |
|                                 |  |

|                                  |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|                                  | 0,00                                 | 4,60                          |                          | 3,03                             |                                      | 160,68                 |

|                                                 |  |                                                |  |                               |  |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 68 - Assinatura do Contratado |  |
|                                                 |  |                                                |  | Rua Manoel Correia, 665       |  |

# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

MANOELE CORREIA  
PARANAGUA - PR  
CEP  
Fone: 3427-8200

Atend. 0807278-19

Pág.: 1 de 1

|                  |                                            |
|------------------|--------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Número Guia Referenciada<br>0807278-19 |
|------------------|--------------------------------------------|

Dados do Contratado Executante

|                                           |                                                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76019231000109 | 4 - Nome do Contratado<br>CLINICA MEDICA SAO PAULO |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                            |
|----------------------------|
| 5 - Código CNES<br>3560430 |
|----------------------------|

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

| 6 - CD | 7 - Data   | 8 - Hora inicial | 9 - Hora final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Un de Medida | 14 - Fator Red/Acrésc. | 15 - Valor unitário (R\$) | 16 - Valor Total (R\$) |
|--------|------------|------------------|----------------|-------------|---------------------|------------|-------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1- 2   | 21/11/2019 |                  |                | 05          | 90045386            | 1,00       | 001               | 0,00                   | 3,03                      | 3,03                   |
| 2- 3   | 21/11/2019 |                  |                | 05          | 70014280            | 1,00       | 036               | 0,00                   | 1,26                      | 1,26                   |
| 3- 3   | 21/11/2019 |                  |                | 05          | 70014370            | 1,00       | 036               | 0,00                   | 1,26                      | 1,26                   |
| 4- 3   | 21/11/2019 |                  |                | 05          | 70705313            | 1,00       | 036               | 0,00                   | 2,08                      | 2,08                   |
| 5-     |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |
| 6-     |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |
| 7-     |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |
| 8-     |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |
| 9-     |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |
| 10-    |            |                  |                |             |                     |            |                   |                        |                           |                        |

|                                    |                                |                             |                        |                                    |                           |                      |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 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\$ |
| 0,00                               | 3,03                           | 4,60                        | 0,00                   | 0,00                               | 0,00                      | 7,63                 |

[illegible]



Clínica Médica  
SÃO PAULO

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|                   |  |             |
|-------------------|--|-------------|
| PACIENTE          |  | ATENDIDO EM |
| Rouane B. Martins |  | 21/11/19    |
| CONVÊNIO          |  |             |
| EXAME SOLICITADO  |  | CÓDIGO      |
| Rx joelho direito |  |             |
| Rx mão esquerda   |  |             |
|                   |  |             |
|                   |  |             |
|                   |  |             |
|                   |  |             |

JUSTIFICATIVA : \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

MÉDICO ( CARIMBO E ASSINATURA )

Dr. WIL DE CERQUEIRA  
CRM-PR 24159  
Pediatra

# República Federativa do Brasil

## CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL TÍTULOS E DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS

RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 165 - CENTRO HISTÓRICO - PARANAGUÁ/PR CEP: 83.201-010 Fone: 41-3423-7333

PAULO EMMANUEL DO NASCIMENTO  
Oficial

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LIVRO: A 316

FOLHA: / 89

TERMO: 76769

Certifico que no Livro, Termo e Folha acima citados, consta o Registro de Nascimento de KAUANE RODRIGUES MARCIANO, nascida em PARANAGUÁ/PR, no dia 27 de Julho de 2006, às 16:09 horas, do sexo Feminino, filha de ALCEU MARCIANO e FERNANDA RODRIGUES, sendo avós paternos DIVERCI LIDORINO MARCIANO e MARIA JOVILIL CORRÊA sendo avó materna LUZIA RODRIGUES.

Declarante: O PAI E A MÃE

Doc. Nasc. Vivo: 24640408

Assento em: 31 de Julho de 2006.

O referido é verdade e dou fé.

Paranaguá, 31 de Julho de 2006.

6. Oficial

SELO  
REGISTRO CIVIL - PARANAGUÁ - PR  
CNPJ 78 178 290/0001-66  
GRATUITO  
BDT63976

Jussara Ferreira  
Alves

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauane Rodrigues Marciano  
Nº da Carteirinha: 2.21.3370  
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 27/07/2006

Nº da Guia: 1773



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 21/11/2019         | 11:37:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Joelho Direito  |

## Descrição

A aluna estava na aula de educação física, e veio a trombar com outra colega vindo bater o joelho direito no chão, sentindo muita dor foi encaminhada para a coordenação onde foi encaminhada para a avaliação médica e comunicado também aos pais do fato e dos procedimentos a serem tomados

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof Sanderson           | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Shock                           | 21/11/2019 |

| Local de atendimento     | Endereço          | Nº  | Bairro   | Telefone       |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

## Observações

a mãe vira busca-la para acompanhar a aluna a clinica . A mesma ficara em obs. por um responsável ate a sua mãe busca-la e acompanhá-la.

Dr. Wil de Carqueira  
CRM/PR. 24159

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

Olindamara Cristina De Souza

**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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br