



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Praça: Getúlio Vargas, 280 - CENTRO
CEP: 85851010 - Foz do Iguaçu/PR

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Situação
Ativa

Número
20193240

Emitido em
12/09/2019 às 13:57:57

Competência
setembro/2019

Série
F

Código verificador
cl9qjhg

Prestador de serviços

QR Code



CPF/CNPJ: **81697419000227**

C.M.C.: **31669**

Razão social / Nome fantasia: **UNIMED DE FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO**

Endereço: **RUA MARTINS PENA, 297 - JARDIM RENATO FESTUGATO**

Cidade: **Foz do Iguaçu**

UF: **PR** Email:

CEP: **85864020**

Telefone: **4521027506**

Regime tributário: **Baseado na alíquota do serviço**



Tomador de serviços

CPF/CNPJ: **15116763000412**

C.M.C.: **04016556963**

Razão social / Nome fantasia: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**

Endereço: **Júlia da Costa, 1447**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

Email:

CEP: **80730070**

Telefone:

Código atividade:

8610101 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Natureza da operação:

Serviço prestado no município

Item da lista de serviço

4.01 Medicina e biomedicina.

Município da prestação do serviço

410830400 Foz do Iguaçu / PR

Discriminação dos serviços:

SERVIÇOS HOSPITALARES DE PRONTO ATENDIMENTO

PACIENTE: Lucas Prado de Freitas Junior

ATENDIMENTO: 464422

IR retido:	0,00	CSLL retido:	0,00	PIS retido:	0,00	COFINS retido:	0,00	INSS retido:	0,00	ISSQN retido:	0,00
Desc. cond:	0,00	Desc. incond:	0,00	Deduções:	0,00	Base cálculo:	442,94	Alíquota:	3,00%	Total ISSQN:	13,29
Total líquido:	442,94	TOTAL DA NOTA									442,94

Outras informações:

Emitido por : **OLIETE DALLA ROSA BORBA**



Paciente:
Lucas Prado de Freitas Junior

Convênio:
Particular

Usuário/Matrícula

Nota:
Emissão:

Nº Atend: 464.422
Nº LC.: 1.368.699

Prontuário: 11484519 Data Entrada: 09/09/2019 16:52:14 Data Saída: 10/09/2019 09:20:58 Motivo Alta: 17
Médico: Newton Carlos Santos Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica
Data Nasc.: 15/06/2004
CID Princ.: S91 Ferim do tornozelo e do pé
Guia:

Dt.Conta: 09/09/19 16:56 Dt.Inicial: 09/09/19 16:52 Dt.Final: 08/09/20 16:56 Refer: 30/12/99

Seq. Código		Procedimento	Qtde	VI. Unit.	VI. Total	Dt. Proc
Radiologia (Terceirizado) -						
1	4080409.7	Pé Ou Pododáctilo	1,00	105,00	105,00	09/09/2019
Total - Radiologia (Terceirizado) -			1,00		105,00	

Seq. Mat		Simpro	TISS	Descrição Material	Marca	U.M	Qtde	VI. Unit.	VI. Total
Consultório Ortopedia -									
1	58189	130567	79034604	Atadura Algodão Ortopédica 10cm X 1,	CREMER	un	2,00	8,0250	16,0500
2	58200	128266	79034362	Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)	CREMER	un	3,00	7,2967	21,8900
Total - Consultório Ortopedia -							5,00		37,9400

Médicos não conveniados									
Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	%Via	%Par	Qtde	VI Médico Dt. Proced.
1	5334	Newton Carlos Santos	1010103.9	Em Pronto Socorro	Clinico	100	1,00	1,00	300,00 09/09/2019
Total de Médicos não conveniados								1,00	300,00
Total da Estrutura								129532	300,00
Total geral									442,94

2 - N° Não Informada

1 - Registro ANS 351792		3 - N° Guia Principal		4 - Data da Autorização 09/09/2019		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha 09/09/2019		7 - Data de Emissão da Guia 09/09/2019		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário				9 - Plano Particular ou H.M.				10 - Validade da Carteira				11 - Nome Lucas Prado de Freitas Junior			
Dados do Contratado Solicitante				14 - Nome do Contratado Unimed Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico				15 - Código do CNES 2673800				16 - Nome do Profissional Solicitante			
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 6				17 - Conselho Profissional				18 - Número no Conselho				19 - UF			
20 - UF				21 - Código do CNES 2673800				22 - Código CBO				23 - UF			
24 - Data/Hora da Solicitação 09/09/2019 16:52:14				25 - CID 10				26 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)				27 - CID 10			
28 - Data e Assinatura do Solicitante				29 - Data e Assinatura do Profissional				30 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				31 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
32 - Data e Assinatura do Solicitante				33 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				34 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				35 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
36 - Data e Assinatura do Solicitante				37 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				38 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
39 - Data e Assinatura do Solicitante				40 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				41 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				42 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
43 - Data e Assinatura do Solicitante				44 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				45 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				46 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
47 - Data e Assinatura do Solicitante				48 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				50 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
51 - Data e Assinatura do Solicitante				52 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				54 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
55 - Data e Assinatura do Solicitante				56 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				57 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				58 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
59 - Data e Assinatura do Solicitante				60 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				61 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				62 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
63 - Data e Assinatura do Solicitante				64 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				65 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				66 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
67 - Data e Assinatura do Solicitante				68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				69 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
71 - Data e Assinatura do Solicitante				72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
75 - Data e Assinatura do Solicitante				76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Data e Assinatura do Solicitante				80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
83 - Data e Assinatura do Solicitante				84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
87 - Data e Assinatura do Solicitante				88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Data e Assinatura do Solicitante				92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
95 - Data e Assinatura do Solicitante				96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
99 - Data e Assinatura do Solicitante				100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				101 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
103 - Data e Assinatura do Solicitante				104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
107 - Data e Assinatura do Solicitante				108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
111 - Data e Assinatura do Solicitante				112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				113 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
115 - Data e Assinatura do Solicitante				116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
119 - Data e Assinatura do Solicitante				120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
123 - Data e Assinatura do Solicitante				124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				125 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
127 - Data e Assinatura do Solicitante				128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
131 - Data e Assinatura do Solicitante				132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
135 - Data e Assinatura do Solicitante				136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				137 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
139 - Data e Assinatura do Solicitante				140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
143 - Data e Assinatura do Solicitante				144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
147 - Data e Assinatura do Solicitante				148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				149 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
151 - Data e Assinatura do Solicitante				152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
155 - Data e Assinatura do Solicitante				156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
159 - Data e Assinatura do Solicitante				160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				161 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
163 - Data e Assinatura do Solicitante				164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				165 - Data e Assinatura							



Unimed Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico

Prescrição Eletrônica Paciente

Endereço: Rua Martins Pena Nº. 297
Telefone: 2102-7500



464422

Paciente: Lucas Prado de Freitas Junior

Data Nascto: 15/06/2004 15a 2m 25d

Data Entrada: 09/09/2019 16:52:14

Médico Resp: Dr. Newton Carlos Santos (CRM 5334)

Atendimento: 464.422

Convênio: Particular / Setor sem Acomod

Liberação: 09/09/2019 17:35:27

Data Prescr.: 09/09/2019 17:35:00

Prontuário: 11.484.519

Newton Carlos Santos (CRM 5334)

390553

09/09/2019 17:35:00 / 10/09/2019 13:59:59

Diretor Técnico Médico: Dr. José Luiz Bertoli Neto (CRM - PR 12844)

Diretor Técnico Médico: Dr. José Luiz Bertoli Neto (CRM - PR 12844)

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Pé Ou Pododactilo

Lado: Esquerdo

Qtde / Intervalo

Agora

Horários

17:35

Prot. Glic.

Material

Dia/Hora

09 17 35

Newton Carlos Santos

[Signature]

Newton Carlos Santos (CRM 5334)

Impresso em: 09/09/2019 17:35:35

Página 1

Paciente: Lucas Prado de Freitas Junior

Pronto Atendimento

NEWTON / Newton

leito/quarto: Cons. 01

Lote: 55774

Setor: Consultório Ortopedia

Prescr.: 390572

Paciente: Lucas Prado de Freitas Junior

Cód.	Descrição	Qtd	Unid	Presc
58200	Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)	3	un	S
58189	Atadura Algodão Ortopédica 10cm X 1,8m (cremer)	2	un	S

Retirado por: _____

Assinatura: Mara

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

ENFERMAGEM ALTA

Motivo Alta: Alta

Data de Alta: 09/09/2019 19:55:42

Usuário Alta: Wharley Paulo Da Nascimento

ENFERMAGEM TRANSF.

Local:

Usuário Transf.

COMUNICAÇÃO DE ALTA AOS FAMILIARES

Nome:

Parentesco:

Data do Comunicado de Alta: 09/09/2019 19:55:49

Fone Contato:

F. FERNANDO

ASSINATURA PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL

Liberação Recepção Geral:

Data:

Visto: _____



464422

Paciente Lucas Prado de Freitas Junior

Data Nascto. 15/06/2004 15 Anos

Sexo Masculino

Telefone 99805-3810

Leito Cons Orto

Atendimento 464.422

Prontuário 11.484.519

Dt. Entrada 09/09/2019 16:52:14

Convênio Particular Setor sem Acomodação

Diretor Técnico Médico: Dr. Jose Luiz Bertoli Neto (CRM - PR 12844)

Sinais vitais paciente

Data	PA (mmHg) Máx. Min.	FC (bpm)	FR (mm)	Temp °C	Peso (Kg)	Sat O ₂ (%)	BCF (bmp)	Usuário Registro
09/09 17:18 Seg	128 / 69	80		36,2	50			1141 (Isaac)

Obs: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA TORÇÃO DP PE ESQUERDO

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Usuário	Código prof
09/09/2019 19:36	09/09 19:39	Técnico em imobilização	Anotação de Cuidados Técnicos	Lucas Cavalcante	ASTEGO 9584

Técnico em Imobilização Ortopédica

Pcte consciente, calmo, orientado. Relata que virou o pé E ao descer escada. Procedimento conforme prescrição e orientação médica: Antissepsia + debrum com malha tubular ortopédica + Imobilização ortopédica tipo jones compressivo em tornozelo E. Reavaliado e liberado com orientações médicas, oriento cuidados com a imobilização, transporte pcte em cadeira de rodas até saída do HU.

Material utilizado:

03un Crepom 10cm
02un Algodão ortopédico 10cm
malha tubular aprox. 1m

PEDIDO FEITO VIA TASY
GASTOS DA FARMÁCIA ANEXO
MÉDICO CIENTE DO MATERIAL UTILIZADO


Lucas Mousinho
Técnico em Imobilização Ortopédica
ASTEGO 9584
UNIMED FOZ

Paciente: **Lucas Prado de Freitas Junior**
Data Nascto: 15/06/2004 15 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 99805-3810
Leito: Cons. 01

Atendimento: 464.422
Prontuário: 11.484.519
Dt. Entrada: 09/09/2019 16:52:14
Convênio: Particular Setor sem Acomodação

Diretor Técnico Médico: Dr. Jose Luiz Bertoli Neto (CRM - PR 12844)

Sinais vitais paciente

Data	PA (mmHg) Max.	Min.	FC (bpm)	FR (mm)	Temp °C	Peso (Kg)	Sat O ₂ (%)	BCF (bpm)	Usuário Registro
09/09 17:18 Seg	128	69	80		36.2	50			1141(Isaac)

Obs: QUEDA DA PROPRIA ALTURA TORÇÃO DP PE ESQUERDO

Evolução

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXAS DE ENTORSE E TRAUMATISMO DE PE ESQUERDO. HISTÓRIA DE MAIS OU MENOS 1 HORA. NÃO FOI MEDICADO. PASSOU GELO NO LOCAL.

Exame Físico

A) PRESENÇA DE EDEMA E DOR À COMPRESSÃO DIGITAL DE REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO.

História Progressa

Não Informado

História Familiar

Não Informado

Alergias

Não Informado

Medicamentos em Uso

Não Informado

Diagnóstico

Diagnóstico: S91 Ferim do tornozelo e do pé
Código Diagnóstico: S91

Conduta

- A) RAO X DE PÉ ESQUERDO
- B) PRESCRIÇÃO MÉDICA
- C) IMOBILIZAÇÃO DO PÉ COM ATADURA DE CREPOM.

Dr. Newton Carlos Santos
Ginecologia e Obstetrícia
CRM - PR 5334



464422

Lucas Prado de Freitas Junior

Entrada: 09/09/2019 16:52:14

Acomodação: Setor sem acomodação

Convênio: Particular

Quarto/Leito: Cons. 01 /

Categoria: Setor sem Acomodação

Idade: 15 Anos

Atendido Por: 915

Sexo: M

Tel. Res.: 99805-3810

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal ou solidário, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital Unimed, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico, hospitalar ou ambulatorial, em caso de estar o paciente em carência contratual ou não possuir cobertura contratual para o procedimento realizado.

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Unimed Foz do Iguaçu pela Instituição conveniada a qualquer título, em caso de ausência de cobertura contratual e/ou carência contratual.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve.

A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais, como Contrato de Prestação de Serviços.

Declaro que autorizo a saída do prontuário para o convênio ao qual pertença, quando solicitado para efeito de auditorias.

Autorizo o corpo clínico do Hospital Unimed Foz do Iguaçu praticar qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, inclusive anestesia transfusão de sangue, exames complementares, no paciente acima mencionado.

Estou ciente que o Hospital Unimed Foz do Iguaçu não se responsabiliza por objetos e valores do paciente ou acompanhante(s), que não lhe tenham sido formalmente entregues ou, por estes não arrolados no ato de internação.

Maíra R. Uandino dos Santos

Assinatura do Responsável/Paciente

09/09/2019 16:57:01



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Lucas Prado de Freitas Junior (2118)	Ano: 2019	Data Matrícula: 19/10/2018
Sexo: M	Data Nascimento: 15/06/2004	Curso: 1º Ano - Ensino Médio
Naturalidade: Foz do Iguaçu	Nacionalidade: Brasileira	Turma: U
Endereço: Rua Salto Adão e Eva, 247	UF: PR	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Cataratas	Complemento:	Turno: M
Cidade: Foz do Iguaçu	UF: PR	CEP: 85855-780
Cert. Nascimento: 221.840	Cert. Nascimento Folha:	
Cert. Nascimento Livro:		
Cert. Nascimento Termo:		
Cert. Nascimento Cartório:		
Cert. Nascimento Cidade:		
Identidade: 10.676.683-5	O. Exp: SSP	UF: PR
E-Mail: marcelaeluke@hotmail.com	Data: 17/04/2006	CPF: INEP 117004966703
Tipo de Sangue/Fator RH:	Cor/ Raça: parda	Religiao: Evangélica
Telefones: Comercial: 45 35232231	Residencial: 45 35279571	Celular: 45999156021
Carteirinha Bloqueada? Sim	Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Transporte	
Autorizo Imagem: Sim		



Dados do Pai

CPF: 040674619-25	Nome: Lucas Prado de Freitas	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 25/12/1981	Estado Civil: Casado	Identidade: 77555498
Grau de Instrução: Ensino Fund 5-8 incompleto	Endereço: Rua Salto Adão e Eva, 247	O. Exp: SSP
Complemento: casa	Bairro: Cataratas	UF: PR
Cx. Postal:	Cidade: Foz do Iguaçu	Data Emissão: 18/02/2003
E-Mail:	Religião: Adventista do Sétimo Dia	UF: PR
Telefones: Celular: 4599 99156021		CEP: 85855-780

Dados da Mãe

CPF: 037219479-67	Nome: Marcela Renata Claudino de Freitas	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 05/05/1983	Estado Civil: Casado	Identidade: 8.602.687-2
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Rua Ouro, 319	O. Exp: SSP
Complemento:	Bairro: Parque Ouro Verde	UF: PR
Cx. Postal:	Cidade: Foz do Iguaçu	Data Emissão: 18/12/1998
E-Mail: marcelaeluke@hotmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	UF: PR
Telefones: Celular: 45999705201		CEP: 85854-180

Dados do Responsável Legal

CPF: 037219479-67	Nome: Marcela Renata Claudino de Freitas	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 05/05/1983	Estado Civil: Casado	Identidade: 8.602.687-2
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Rua Ouro, 319	O. Exp: SSP
Complemento:	Bairro: Parque Ouro Verde	UF: PR
Cx. Postal:	Cidade: Foz do Iguaçu	Data Emissão: 18/12/1998
E-Mail: marcelaeluke@hotmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	UF: PR
Telefones: Celular: 45999705201		CEP: 85854-180

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 037219479-67	Nome: Marcela Renata Claudino de Freitas	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 05/05/1983	Estado Civil: Casado	Identidade: 8.602.687-2
Grau de Instrução: Superior incompleto	Endereço: Rua Rua Ouro, 319	O. Exp: SSP
Complemento:	Bairro: Parque Ouro Verde	UF: PR
Cx. Postal:	Cidade: Foz do Iguaçu	Data Emissão: 18/12/1998
E-Mail: marcelaeluke@hotmail.com	Religião: Adventista do Sétimo Dia	UF: PR
Telefones: Celular: 45999705201		CEP: 85854-180

Deferimento

Data: ____/____/____
☐ Deferido ☐ Indeferido

Tiago Alves do Nascimento
Administrador Escolar - Ato nº Ato -
06/2018

Tiago Alves do Nascimento
Secretário(a) - Ato nº Ato - 06/2018

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Prado de Freitas Junior
Nº da Carteirinha: 5.20.2794
Instituição: Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

Data de Nascimento: 15/06/2004

Nº da Guia: 1842



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2019	16:30:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Virou o pé ao descer as escadas.

Testemunha da ocorrência

Funcionário da Escola

Telefone

(45) 4053-9676

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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