

CLIENTE
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILE...

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE...

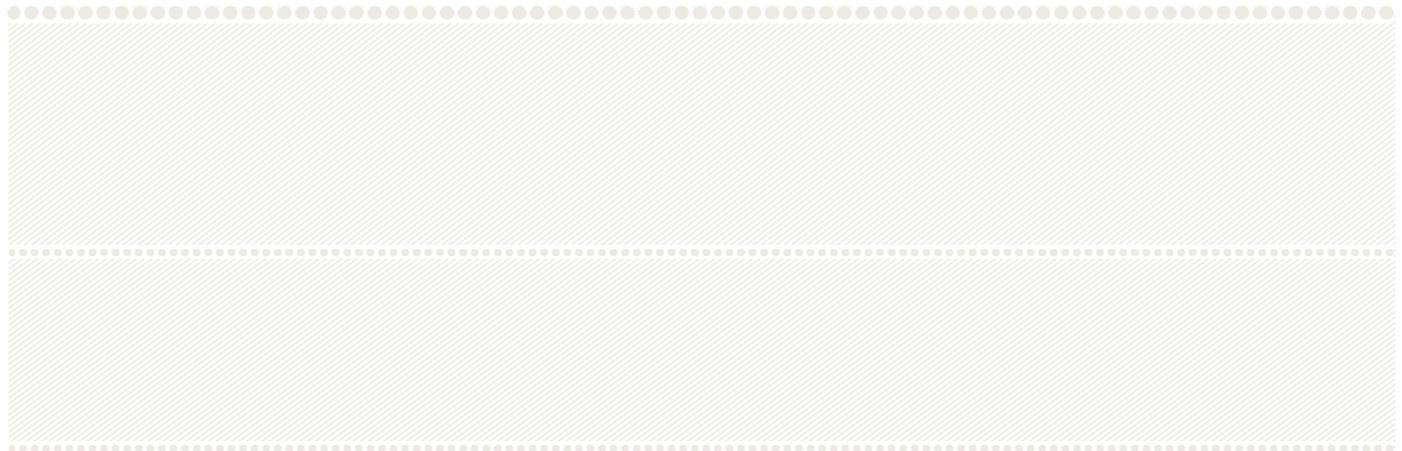
CPF/CNPJ
15.116.763/0004-12

IDENTIFICAÇÃO DA FATURA cb1d9784e4ce4dc8b61d957f1d52c7b6

Detalhes da Fatura

Vencimento
15/07/2021

Descrição	Valor
Referente: Venda 4890 - Parcela 1 de 1	R\$ 1.386,32
Subtotal	R\$ 1.386,32
Desconto	R\$ 0,00
Total	R\$ 1.386,32



Boleto Bancário

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CORTE NESTA LINHA PONTILHADA



BANCO BRASIL S.A. 001
00190.00009 03075.800007 32597.014177 2 86820000138632



LOCAL DE PAGAMENTO
Pagável em qualquer banco ou lotérica.

NOSSO NÚMERO
30758000032597014

SACADOR/AVALISTA
POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE...
CNPJ: 01.015.553/0001-80
Rua Ephigênio Pereira da Cruz
Fazenda Rio Grande/PR, 83833020

BENEFICIÁRIO
Iugu Serviços na Internet SA
CNPJ: 15.111.975/0001-64
Av Paulista, 1048
São Paulo - SP, 01310-100

VENCIMENTO
15/07/2021

VALOR DO DOC.
R\$ 1.386,32

INSTRUÇÕES
Após o vencimento cobrar: Multa por atraso de R\$ 27,72 e Mora diária de R\$ 0,46

MULTA/JUROS

CLIENTE
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILE...
Alameda Júlia da Costa, 1447 Curitiba - PR, 80730-070

CNPJ: 15.116.763/0004-12

VALOR A PAGAR

Linha Digitável

00190.00009 03075.800007 32597.014177 2 86820000138632

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



 PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE	Número do RPS	Número da nota 36678
	Data da emissão da nota 28/06/2021 14:32:39	
	Data do fato gerador 28/06/2021 14:32:39	
	Código de verificação FQVSP6ERH	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE
 Nome/Razão social: POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA EPP
 CPF/CNPJ: 01.015.553/0001-80 Inscrição municipal: 004690003796
 Endereço: R EPHIGENIO PEREIRA DA CRUZ Número: 1396 Bairro: PIONEIROS CEP: 83833-018
 Complemento:
 Município: Fazenda Rio Grande UF: PR
 E-mail: Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (41) 3614-2700
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: Clínica Adventista de Curitiba
 Nome/Razão social: Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
 CPF/CNPJ: 15.116.763/0004-12 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
 Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA Número: 1447 Bairro: Bigorriho CEP: 80730-070
 Complemento:
 Município: UF:
 E-mail: jesus.batista@adventistas.org.br Telefone: (41) 3240-2935 Celular: (41) 99519-9118

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Referente a serviços prestados com assistência médica.	1.477,1600	1,0000	1.477,1600	1.477,16x2,00 =	29,54

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	1.386,32								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 9,60	R\$ 44,31	R\$ 0,00	R\$ 22,16	R\$ 14,77	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 1.477,16		Valor líquido = R\$ 1.386,32			

Códigos dos serviços:

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

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	1.477,16	29,54

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação do serviço: Fazenda Rio Grande

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 2789/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 198,68 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 50,52 (3,42%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Entrega:
04/06/2021

Data do Vencimento:
19/06/2021

Conta	Ficha CRM	Paciente Médico	Guia de Atend. Procedimento/Exame	Matrícula	Data Atend. Descrição	Proced.	Protocolo	Valor Hosp.	Valor Serviços Qtde	Valor Total Valor Total
232908	33652	Ana Luiza Silva Sene	3369	280742	19/05/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	10482	MARCELO DE ALMEIDA COSTA		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
232909	33652	Ana Luiza Silva Sene		280742	19/05/2021			0,00	35,64	35,64
	4	RAIO X		40.80.312.0	RX Mão ou quirodáctilo				1	35,64
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 1					1	35,64
232910	79960	JOAO PAULO BORGES FEITOZA	340	CART MAE	28/05/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	12311	LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
232911	79960	JOAO PAULO BORGES FEITOZA		CART MAE	28/05/2021			0,00	35,64	35,64
	5214	HELIO SCHULMAN		40.80.409.7	Pé ou pododáctilo				1	35,64
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 1					1	35,64
232914	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	27/05/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	10482	MARCELO DE ALMEIDA COSTA		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
232915	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	27/05/2021			0,00	35,64	35,64
	5214	HELIO SCHULMAN		40.80.312.0	RX Mão ou quirodáctilo				1	35,64
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 1					1	35,64
232916	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	27/05/2021	30711010		36,26	10,50	46,76
	10482	MARCELO DE ALMEIDA COSTA		30.71.101.0	Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)				1	10,50
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	10,50
232918	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	01/06/2021			0,00	35,64	35,64
	5214	HELIO SCHULMAN		40.80.312.0	RX Mão ou quirodáctilo				1	35,64
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 1					1	35,64

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Entrega:
04/06/2021

Data do Vencimento:
19/06/2021

Conta	Ficha CRM	Paciente Médico	Guia de Atend. Procedimento/Exame	Matrícula	Data Atend. Descrição	Proced.	Protocolo	Valor Hosp.	Valor Serviços Qtde	Valor Total Valor Total
233771	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	01/06/2021	30711037		48,03	105,50	153,53
	32167	WILLIAMS OFORI ADJEI		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
	32167	WILLIAMS OFORI ADJEI		30.71.103.7	Membro superior				1	10,50
			Total de Honorários: 2	Total de Exames: 0					2	105,50
233770	86048	RAFAEL RIBEIRO GIAROLO		00021162302901028	27/05/2021	10101012		97,71	95,00	192,71
	10482	MARCELO DE ALMEIDA COSTA		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
232913	86048	RAFAEL RIBEIRO GIAROLO		00021162302901028	27/05/2021			0,00	656,60	656,60
	26	JOAO B.		41.00.101.0	Crânio ou sela túrsica ou órbitas				1	346,20
	26	JOAO B.		41.00.112.5	Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segment				1	310,40
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 2					2	656,60
Total Geral das Contas:							11	182,00	1.295,16	1.477,16

Assinatura do Responsável

Policlínica Fazenda Rio Grande

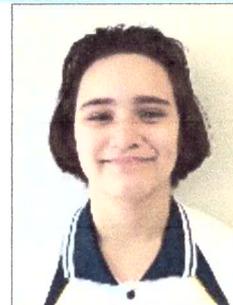
Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Fazenda Rio Grande
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: 2021

Data Matrícula: 22/01/2021

Nome: Ana Luiza Silva Sene (742) Curso: 1º Ano - Ensino Médio Turma: 111
Sexo: F Data Nascimento: 17/04/2006 Nacionalidade: Brasileira Turno: M
Naturalidade: Curitiba UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Gâmbia, 295 Complemento: QD08 LT15
Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-263
Cert. Nascimento: 25264 Cert. Nascimento Folha: 47
Cert. Nascimento Livro: 228A
Cert. Nascimento Termo: 25264
Cert. Nascimento Cartório: 2º Ofício
Cert. Nascimento Cidade: Curitiba Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: 143020983 O.Exp: sesp UF: PR Data: 13/11/2014 CPF: 153794079-19 INEP
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religiao: Jesus Cristo dos Santos dos
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Emergência: 41 36046118 | Comercial: 41 36272711 | Celular: 41995148282 |
Pode sair sozinho? Não Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 044487089-00 Nome: Gerson Sene de Paulo Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 28/11/1983 Estado Civil: Casado Identidade: 86197650 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 30/10/2020
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Gâmbia, 295
Complemento: QD08 LT15 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-263
Cx. Postal: E-Mail: gersonsene101@gmail.com Religião: Evangélica
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: 040623359-48 Nome: Simone Adriana da Silva Naturalidade: Fazenda Rio Grande - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 30/11/1982 Estado Civil: Casado Identidade: 85060171 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 23/01/2020
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Gâmbia, 295
Complemento: QD08 LT15 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-263
Cx. Postal: E-Mail: si_adri82@yahoo.com.br Religião: Jesus Cristo dos Santos dos
Telefones: Celular: 41995148282 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 044487089-00 Nome: Gerson Sene de Paulo Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 28/11/1983 Estado Civil: Casado Identidade: 86197650 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 30/10/2020
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Gâmbia, 295
Complemento: QD08 LT15 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-263
Cx. Postal: E-Mail: gersonsene101@gmail.com Religião: Evangélica
Telefones:

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 044487089-00 Nome: Gerson Sene de Paulo Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 28/11/1983 Estado Civil: Casado Identidade: 86197650 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 30/10/2020
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Gâmbia, 295
Complemento: QD08 LT15 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-263
Cx. Postal: E-Mail: gersonsene101@gmail.com Religião: Evangélica
Telefones:

Deferimento

Data: ___/___/___

Deferido Indeferido

Dolores Nair de Souza da Rosa
Administrador Escolar - Ato nº 07/2019

Daiane Amanda Pereira Gaspar
Secretário(a) - Ato nº 08/2019

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Luiza Silva Sene
Nº da Carteira: 2.80.742
Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 17/04/2006 **Nº da Guia:** 3369

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/05/2021	12:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: **bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, jogando basquete quando a bola bateu no dedo e torceu, a professora pediu para colocar gelo e ir para casa, no dia seguinte a aluna continuou sentindo dor e com dedo enfaixado, retiramos a faixa para ver e o dedo se apresenta meio roxo.

Testemunha da ocorrência

Dayana Penichi

Telefone

(41) 99148-8958

Quem prestou primeiros socorros

Josiane

Data

19/05/2021

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

a aluna foi atendida pela monitora Josiane e acompanhada pela coordenação.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

00000360847



1 - Registro ANS 0000	3 - Data de Emissão da Guia 19/05/2021	Senha 3369	Data Validade da Senha 19/05/2021
--------------------------	--	---------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 280742	5 - Plano	6 - Validade da Carteira 27/09/2022
7 - Nome Ana Luiza Silva Sene		8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01015553000180		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135		
12 - TL	13 - 14 - 15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município	17 - UF	18 - Código IBGE	19 - CEP
20 - Nome do Profissional Executante MARCELO DE ALMEIDA COSTA			21 - Conselho Profissional CRM	22 - Número do Conselho 10482	23 - UF PR	24 - Código CBO S 2251

Hipóteses Diagnósticas

25 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	26 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias	27 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	
28 - CID Principal	29 - CID (2)	30 - CID (3)	31 - CID (4)

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

32 - Data do Atendimento 19/05/2021	33 - Código Tabela 22	34 - Código Procedimento 10101012
35 - Tipo de Consulta <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Primeira 2 - Seguimento 3 - Pré-Natal		36 - Tipo de Saída <input checked="" type="checkbox"/> 5 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta

37 - Observação <i>29 em dedo meê eq.</i>
--

38 - Data e Assinatura do Médico 19/05/2021 <i>Dr. Marcelo Almeida Costa</i> CRM 10.482-PR	39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/05/2021 <i>Ana Luiza Silva Sene</i>
--	---

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

2-º

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 - Registro ANS 0000 3 - Nº da Guia Principal 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia 19/05/2021

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 280742 9 - Plano 10 - Validade da Carteira 27/09/2022 11 - Nome Ana Luiza Silva Sene 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante
 13 - Código na Operadora / CNPJ 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 15 - Código CNES 16 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO DE ALMEIDA COSTA 17 - Conselho Profissional CRM 18 - Número no Conselho 10482 19 - UF PR 20 - Código CBO S 225124

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Data/Hora da Solicitação 19/05/2021 22 - Caracter da Internação [E] E - Eletiva [U] - Urgencial/Emergência 23 - CID 10 T149 24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) *coluna + equimose do dedo no 5º dig*

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtd. Solic	29 - Qtd. Aut
1-	22	40803120 RX Mão ou quirodactilo	1	01
2-				
3-				
4-				
5-				

Dados do Contratado Executante
 30 - Código na Operadora / CNPJ/COPF 01015553000180 31 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 32 - T.L. 33-34-35 - Logradouro-Número-Complemento 38 - Cod. IBGE 39 - CEP 40 - Código CNES 3341135
 41 - Cód. na Operadora/CPF do exec. complementar 42 - Nome do Profissional Executante/Complementar 43 - Número no Conselho 44 - UF 45 - Código CBO S 225320 45a - Grau Participação

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 46 - Tipo atendimento 5 [01] Remoção [02] Pequena Cirurgia [03] Terapias [04] Consultas [05] Exames [06] Atendimento Domiciliar 47 - Indicação de Acidente 48 - Tipo de Saída 5 [1] Retorno [2] Retorno SADT [3] Referência [07] SADT Internado [08] Quimioterapia [09] Radioterapia [10] TRS-Terapia Renal Substitutiva [0] Acidente ou doença relacionado ao trabalho [1] Transitio [2] Outros [3] Referência [4] Internação [5] Alta [6] Óbito

Consulta Referência
 49 - Tipo de Doença [A] Aguda [C] Crônica 50 - Tempo de Doença Anos Meses Dias

Procedimentos e Exames Realizados

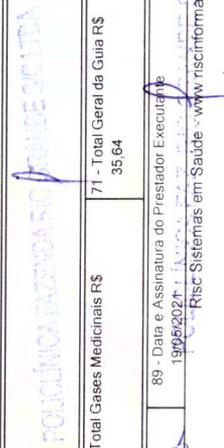
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Cód. Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd	58 - Tec.	59 - % Red./Acresc.	61 - Valor Unitário	62 - Valor Total - R\$
1- 19/05/2021	a		22	40803120	RX Mão ou quirodactilo	1			35,64	35,64
2-	a									
3-	a									
4-	a									
5-	a									

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série
 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / /
 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

64 - Observações

65 - Total Procedimentos R\$ 66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 67 - Total Materiais R\$ 68 - Total Medicamentos R\$ 69 - Total Diárias R\$ 70 - Total Gases Medicinais R\$ 71 - Total Geral da Guia R\$ 35,64

86 - Data e Assinatura do Solicitante 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89 - Data e Assinatura do Prestador Executante



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**Data Matrícula: **19/01/2021**

Nome: **João Paulo Borges Feitoza (641)** Curso: 3º Ano - Ensino Fundamental Turma: 32
Sexo: M Data Nascimento: 23/02/2013 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Curitiba UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Líbia, 289 Complemento: casa 275
Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83823-265
Cert. Nascimento: 2400742 Cert. Nascimento Folha: 003
Cert. Nascimento Livro: 112 Cert. Nascimento Termo: 2400742
Cert. Nascimento Cartório: Meyer Cert. Nascimento UF: PR
Cert. Nascimento Cidade: Fazenda Rio Grande
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: 122222909-96 INEP
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religião: Evangélica
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 41991210015 | Celular: 41991470239 |
Pode sair sozinho? Não Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: 054029599-00 Nome: Paulo Henrique Feitoza Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/08/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 88279298 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão: 09/05/2017
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Líbia, 289 UF: PR CEP: 83823-265
Complemento: casa 275 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande Religião: Católica
Cx. Postal: E-Mail: paulo_feitoza1@hotmail.com
Telefones: Celular: 41991470239 |

Dados da Mãe

CPF: 053641699-01 Nome: July Francielle Borges Feitoza Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 23/01/1987 Estado Civil: Casado Identidade: 90878042 O. Exp: SESP UF: pr Data Emissão: 24/01/2020
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Líbia, 289 UF: PR CEP: 83823-265
Complemento: casa 275 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande Religião: Evangélica
Cx. Postal: E-Mail: borges.july@hotmail.com
Telefones: Celular: 41991210015 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 054029599-00 Nome: Paulo Henrique Feitoza Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/08/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 88279298 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão: 09/05/2017
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Líbia, 289 UF: PR CEP: 83823-265
Complemento: casa 275 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande Religião: Católica
Cx. Postal: E-Mail: paulo_feitoza1@hotmail.com
Telefones: Celular: 41991470239 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 054029599-00 Nome: Paulo Henrique Feitoza Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 24/08/1984 Estado Civil: Casado Identidade: 88279298 O. Exp: sesp UF: pr Data Emissão: 09/05/2017
Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Líbia, 289 UF: PR CEP: 83823-265
Complemento: casa 275 Bairro: Nações Cidade: Fazenda Rio Grande Religião: Católica
Cx. Postal: E-Mail: paulo_feitoza1@hotmail.com
Telefones: Celular: 41991470239 |

Deferimento

Data: ____/____/____

 Deferido Indeferido

Dolores Nair de Souza da Rosa
Administrador Escolar - Ato nº 07/2019

Daiane Amanda Pereira Gaspar
Secretário(a) - Ato nº 08/2019

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Paulo Borges Feitoza
Nº da Carteira: 2.80.641
Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 23/02/2013

Nº da Guia: 3406

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2021	15:11:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava correndo no pátio quando tropeçou no chão, sem a presença de obstáculos, logo em seguida sai mancando, mas se aguentou sem reclamar de dor. Depois de uma hora do acontecimento esse já relatou para a professora que estava doendo e mal conseguia pisar no chão. Tiramos o calçado e verificamos um leve inchaço e não conseguia movimentar o dedão do pé, e o pouco que se movimentava reclamava de dor.

Testemunha da ocorrência

Diego Frata

Telefone

(41) 99289-1810

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Josiane

Data

28/05/2021

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Aparenta ser uma torção no pé direito.

28/05/2021
Diego Frata

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

Dr. Luiz Henrique M. Costa
Pediatra
CRM-PR 12.311

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

340

00000365342



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
CART MAE

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
JOAO PAULO BORGES FEITOZA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
12311

15 - UF
PR

16 - Código CBO
2251

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

18 - Data do Atendimento
28/05/2021

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

T149 Trauma

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

DR LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000365368

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data da Autorização 28/05/2021 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira CART MAE 9 - Validade da Carteira 10 - Nome JOAO PAULO BORGES FEITZA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 12311 18 - UF PR 19 - Código CBO 2251 20 - Assinatura do Profissional Solicitante *Luiz Henrique Miguel Costa*

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Carter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 28/05/2021 23 - Indicação Clínica *Queda com trauma em pé D* 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804097 26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO 27 - Qtd. Solic 001 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 01015553000180 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento *02*

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
 1 28/05/2021 16:17 a 16:17 22 0040804097 PÉ OU PODODACTILO 001 1,00 35,64 35,64
 2 a
 3 a
 4 a
 5 a

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
 1 12 30182190900 HELIO SCHULMAN 06 5214 41 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1 28/05/2021 3 5 7 9
 2 4 6 8 10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 35,64 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 35,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização *[Assinatura]* 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável *[Assinatura]* 68 - Assinatura do Contratado *[Assinatura]*

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE S/C LTDA.

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **18/12/2020**

Nome: **Kissilla dos Santos Sinflorio (704)** Curso: 7º Ano - Ensino Fundamental Turma: 72
 Sexo: F Data Nascimento: 11/06/2007 Nacionalidade: Brasileira Turno: M
 Naturalidade: Maringá UF: PR Estado Civil: Solteiro
 Endereço: Avenida Paraná, 5370 Complemento: casa 296
 Bairro: Estados Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83830-273
 Cert. Nascimento: 46266 Cert. Nascimento Folha: 140
 Cert. Nascimento Livro: 90A Cert. Nascimento Termo: 46266
 Cert. Nascimento Cartório: 2º Ofício Cert. Nascimento UF: PR
 Cert. Nascimento Cidade: Maringá
 Identidade: 139714253 O.Exp: ssp UF: PR Data: 23/10/2013 CPF: 109878479-02 INEP
 E-Mail: sinflorio@mmtec.com.br Cor/ Raça: Branca Religiao: Outras
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: 41 91117622 | Celular: 41995849432 | Celular: 66999891989 |
 Pode sair sozinho? Não Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF: Nome: Luciano de Souza Sinflorio Naturalidade: Nacionalidade:
 Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
 Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:
 Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
 Cx. Postal: E-Mail: Religião:
 Telefones:

Dados da Mãe

CPF: 031880909-51 Nome: Elizandra dos Santos de Jesus Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 25/02/1981 Estado Civil: Solteiro Identidade: 79954942 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 21/03/2019
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Paraná, 5370 UF: PR CEP: 83830-273
 Complemento: casa 296 Bairro: Estados Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83830-273
 Cx. Postal: E-Mail: lizastos@gmail.com Religião: Outras
 Telefones: Celular: 41991117622 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 031880909-51 Nome: Elizandra dos Santos de Jesus Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 25/02/1981 Estado Civil: Solteiro Identidade: 79954942 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 21/03/2019
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Paraná, 5370 UF: PR CEP: 83830-273
 Complemento: casa 296 Bairro: Estados Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83830-273
 Cx. Postal: E-Mail: lizastos@gmail.com Religião: Outras
 Telefones: Celular: 41991117622 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 031880909-51 Nome: Elizandra dos Santos de Jesus Naturalidade: Curitiba - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 25/02/1981 Estado Civil: Solteiro Identidade: 79954942 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 21/03/2019
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Avenida Paraná, 5370 UF: PR CEP: 83830-273
 Complemento: casa 296 Bairro: Estados Cidade: Fazenda Rio Grande UF: PR CEP: 83830-273
 Cx. Postal: E-Mail: lizastos@gmail.com Religião: Outras
 Telefones: Celular: 41991117622 |

Deferimento

Data: ____/____/____

Deferido Indeferido

Dolores Nair de Souza da Rosa
Administrador Escolar - Ato nº 07/2019

Daiane Amanda Pereira Gaspar
Secretário(a) - Ato nº 08/2019

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kissilla dos Santos Sinflorio
Nº da Carteira: 2.80.704
Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 11/06/2007 **Nº da Guia:** 3400

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2021	10:56:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Estava na atividade de educação física praticando a aula de basquete, a bola bateu no dedo indo para trás, não consegue mexer o dedo e houve um pequeno inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dayana Peniche	(41) 99148-8958

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Josiane	27/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações
Aparenta ter tido um trauma no local por isso encaminhada para atendimento médico.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

Convec
Dr. Marcelo Almeida Costa
Pediatra / Endocrinologia Infantil
CRM-PR 10.482

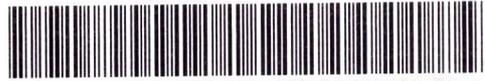
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

00000364631

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
202761015 - Validade da Carteira
27/05/20216 - Atendimento a RN
N7 - Nome
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
MARCELO DE ALMEIDA COSTA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1048215 - UF
PR16 - Código CBO
2251

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
27/05/202119 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

T149 - contusão na axila

24 - Assinatura do Profissional Executante

Marcelo de Almeida Costa
Médico
CRM 12345

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000364641

1 - Registro ANS 0000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 27/05/2021 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira 2027/6101 9 - Validade da Carteira 10 - Nome KISSILLA DOS SANTOS SINFIORIO 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO DE ALMEIDA COSTA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 10482 18 - UF PR 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 27/05/2021 23 - Indicação Clínica *Contusão em dedo mão dx.* 27 - Qtd. Solic. 001 28 - Qtd. Aut. 001

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0041101260 26 - Descrição MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 31 - Código CNES 00000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 030

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)																																			
27/05/2021	12:29	a	12:29	22	MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	001			1.00	700.88	700.88																																			
		a																																												
		a																																												
		a																																												
		a																																												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPF 000000000000 51 - Nome do Profissional RAILO X 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 5214 54 - UF 41 55 - Código CBO 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

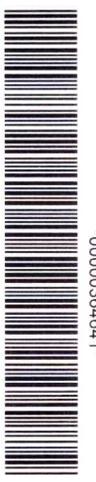
1 27/05/2021 3 / / / 5 / / / 7 / / / 9 / / /

2 / / / 4 / / / 6 / / / 8 / / / 10 / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 700.88 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 700.88

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



Marcelo de Almeida Costa

[Assinatura]

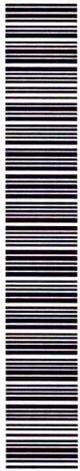
POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE S/C LTDA.

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000364654



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/05/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
20276101

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KISSILLA DOS SANTOS SINFIORIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCELO DE ALMEIDA COSTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10482

18 - UF
PR

19 - Código CBO
2251

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Marcelo Almeida Costa

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
00000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
05

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
27/05/2021

37 - Hora Inicial
12:52

38 - Hora Final
12:52

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711010

41 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Qtd
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1.00

45 - Fator Red./Acresc.
1.00

46 - Valor Unitário (R\$)
10.50

47 - Valor Total (R\$)
10.50

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
38996812153

51 - Nome do Profissional
MARCELO DE ALMEIDA COSTA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
10482

54 - UF
41

55 - Código CBO
2251

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 27/05/2021

2

3

4

5

6

7

8

58 - Observação / Justificativa

9

10

11

12

13

14

15

16

59 - Total de Procedimentos (R\$)

10.50

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

10.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

[Assinatura]

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

68 - Assinatura do Contratado

[Assinatura]



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Missão dos Santos

13.10

sem nenhuma melhora em 5 dias
mais seg

Dr. Guilherme
Médico
R.R. 10.462-PR
Cidade de Curitiba

Rua Ephigênio P. da Cruz, 1396 - Pioneiros
Fazenda Rio Grande/Paraná | CEP: 83833-018
Fone: 41 36442700 | E-mail: contato@policlinicafrg.com.br
www.policlinicafrg.com.br



364654

Matrícula
20276101

Nome Beneficiário
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

1 - Registro ANS
0000

2 - Número da Guia Referenciada

3 - Código na Operadora
01015553000180

4 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

5 - Código CNES
3341135

Dados do Contratado Executante

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabala	11 - Código do Item	18 - Referência do material no fabricante	12 - Qtd	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	27/05/2021	12:52	12:52	00	60023384		1,00	36	1	35,00	35,00
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS											
02	27/05/2021	12:54	12:54	00	70852570		1,00	36	1	0,00	0,00
20 - Descrição TALA METALICA 16MM X 180MM											
03	27/05/2021	12:54	12:54	00	70034664		1,00	36	1	0,81	0,81
20 - Descrição ALGODAO ORTOPEDICO											
04	27/05/2021	12:54	12:54	00	70272905		15,00	38	1	0,03	0,45
20 - Descrição MICROPORE BRANCO 5X10											
05				a							
20 - Descrição											
06				a							
20 - Descrição											
07				a							
20 - Descrição											
08				a							
20 - Descrição											
09				a							
20 - Descrição											
10				a							
20 - Descrição											
21 - Total de Gases 0,00											
22 - Total de Medicamentos 0,00											
23 - Total de Materiais (R\$) 1,26											
24 - Total de OPME (R\$) 0,00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis 35,00											
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00											
27 - Total Geral (R\$) 36,26											

00000366444



1 - Registro ANS 000000
 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 01/06/2021
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 20276101
 9 - Validade da Carteira
 10 - Nome KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN IN

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 01015553000180
 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante WILLIAMS OFORI ADJEI
 16 - Conselho Profissional 06
 17 - Número no Conselho 32167
 18 - UF PR
 19 - Código CBO 225125
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. WILLIAMS OFORI ADJEI

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

CRM-PR 32167

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caracter do Atendimento 1
 22 - Data da Solicitação 01/06/2021
 23 - Indicação Clínica *Fratura em s. ADE da mão*
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120
 26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODACTILO
 27 - Qtd. Solic 001
 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 01015553000180
 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
 31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento 05
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento *DS*

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 01/06/2021	09:44	a 09:44	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODACTILO	001			1,00	35,64	35,64
2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
 1 12 30182190900 HELLO SCHULMAN 06 5214 41 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1 01/06/2021		3	/	/		5	/	/		7	/	/
2												

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 35,64
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00
 62 - Total de OPME (R\$) 0,00
 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00
 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00
 65 - Total Geral (R\$) 35,64
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000366380



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
20276101

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES
3341135

12 - Nome do Profissional Executante
WILLIAMS OFORI ADJEI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
32167

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

18 - Data do Atendimento
01/06/2021

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

Dei em 5º dia - Trauma axial

24 - Assinatura do Profissional Executante

DR. WILLIAMS OFORI ADJEI
ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
CRM 32167 / RQE 25189 / TEOT 16697

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 20276101

9 - Validade da Carteira

10 - Nome KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante WILLIAMS OFORI ADJEI

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 32167

18 - UF PR

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento

26 - Descrição IMOBILIZAÇÃO

27 - Qtd. Solic 001

28 - Qtd. Aut 001

29 - Código na Operadora 01015553000189

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 02

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 05

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Agress	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1		a									
2	12:50	a	13:20	22	30711037 Imobilização de membro sup	01					
3		a									
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref 49 - Grau Part 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

1/5/2014
Lactação
SAs
19:50

P/ imobilização gessada.

- Gesso de 10cm - 2 unidades
- Atopais ortopédico - 2 unidades 10cm.
- Atadura de crepe 10cm
- Bactec 1/2 litro. - 3 unidades

01/10/12

DR. WILLIAMS OFORIADIE
ORÇAMENTO PEDIÁTRICA
C.R.P. 37.191/11
C.O.C. 37.191/11
C.T. 101.19697

Rua Epiplênio R. da Cruz, 1396 - Pioneiros
Fazenda Rio Grande/Paraná | CEP: 83833-018
Fone: 41 36442700 | E-mail: contato@policlinicafrg.com.br
www.policlinicafrg.com.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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



366380

1 - Registro ANS
0000

2 - Número da Guia Referenciada

Matricula
20276101

Nome Beneficiário
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

3 - Código na Operadora
01015553000180

4 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

5 - Código CNES
3341135

Dados do Contratado Executante

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	04	01/06/2021	09:02	a	09:02	00	60023384	1,00	36	35,00
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS										
02	03	01/06/2021	13:07	a	13:07	00	70852588	2,00	36	1,70
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10CM										
03	03	01/06/2021	13:07	a	13:07	00	70034664	2,00	36	0,81
20 - Descrição ALGODAO ORTOPEDICO										
04	03	01/06/2021	13:07	a	13:07	00	70034354	3,00	36	2,67
20 - Descrição ATADURA CREPOM 10CM										
05				a						
20 - Descrição										
06				a						
20 - Descrição										
07				a						
20 - Descrição										
08				a						
20 - Descrição										
09				a						
20 - Descrição										
10				a						
20 - Descrição										

21 - Total de Gases
0,00

22 - Total de Medicamentos
0,00

23 - Total de Materiais (R\$)
13,03

24 - Total de OPME (R\$)
0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis
35,00

26 - Total de Diárias (R\$)
0,00

27 - Total Geral (R\$)
48,03

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Ribeiro Giarolo
Nº da Carteira: 2.80.333
Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 20/12/2013 **Nº da Guia:** 3399

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2021	08:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

O aluno estava praticando a atividade na aula de educação física, saltando sobre os espaços, quando terminou a sequência ao retornar ao seu local de origem, pisou em objeto escorregando e batendo a cabeça no chão, ao tentar levantar apresentou moleza no corpo e reclamou de dor no local, não apresentou inchaço, ficou em observação e logo em seguida vomitou.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Romani	(41) 99773-5587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Marcos e Monitora Joseane	27/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

O aluno ficou em observação por um tempo, apresentando enjoo e vomitando.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

00000364521

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
000211623029010285 - Validade da Carteira
30/06/20216 - Atendimento a RN
N7 - Nome
RAFAEL RIBEIRO GIAROLO

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
MARCELO DE ALMEIDA COSTA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1048215 - UF
PR16 - Código CBO
2251

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
27/05/202119 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

A queda, trauma em região occipital

MVC
Dr. Marcelo Almeida Costa
Pediatra / Endocrinologia Infantil
CRM-PR 10.482

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

27/05/21 *Cláudia S. Ribeiro*

CLÍNICA ADVENTISTA DE
 GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
 DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/PSADT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000364525



1 - Registro ANS 000000
 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data de Autuação 27/05/2021
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
 8 - Número da Carteira 00021162302901028
 9 - Validade da Carteira 30/06/2021
 10 - Nome RAFAEL RIBEIRO GIAROLO
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 01015553000180
 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
 15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO DE ALMEIDA COSTA
 16 - Conselho Profissional 06
 17 - Número no Conselho 10482
 18 - UF PR
 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante *Marcelo de Almeida Costa*

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caracter de Atendimento 1
 22 - Data da Solicitação 27/05/2021
 23 - Indicação Clínica *Transtorno ansioso*
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
 1 22 0041001010 CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS
 2 22 0041001125 COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATÉ 3 SEGMENT)
 3
 4
 5

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 01015553000180
 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
 31 - Código CNES 0000000

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento 05
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 023

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 27/05/2021	10-10	10-10	a	0041001010	CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	001			1.00	346.20	346.20
2 27/05/2021	10-10	10-10	a	0041001125	COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATÉ 3 SEGMENT)	001			1.00	310.40	310.40
3			a								
4			a								
5			a								

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
 1 12 04135471919 JOAO B. 06 21994 41 225320
 2 12 04135471919 JOAO B. 06 21994 41 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1 27/05/2021
 2 27/05/2021

58 - Observação / Justificativa
 59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPM/E (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
 656,60 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 656,60
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização *Cláudia Gabriel Ribeiro*
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável *27/05/2021*
 68 - Assinatura do Contratado *Policlínica Fazenda Rio Grande S/C Ltda.*



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Clarice Ribeiro Guardo Idade: 07 Data: 27 / 05 / 21
 N.º Carteira: - Senha: - Prontuário: 86048.
 Médico: Marcelo Procedimento: Observação Clínica
 Horário Entrada: 11:00 Horário Saída: 13:15 Enfermagem: Claci
 Código do Procedimento: - Quantidade: 01

DADOS CLÍNICOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Sf - 500ml
Gluco 50% - 50ml
Digeson - 10mp
omeprazol - 10mp } ou 20g / ml
~~11:15~~
~~500ml~~

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Após melhor com medicação
paciente foi liberado

Dr. Marcelo Almeida Costa
 Pediatra / Endocrinologia Infantil
 CRM-PR 10.482

Carimbo e Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido nesta unidade deambulatória, comunicativa e ativa, relata queda e após com episódios de vômitos, nega alergia medicamentosa. Realizado punção venoso em MSD com sucesso nº 94 por APM com, permaneceu em observação até melhor do quadro. Após foi reorientado para domicílio com relato e orientações da enfermagem.

Claci Czyza Proencio
 Enfermeira
 COREN-PR 504.756

Carimbo e Assinatura da Enfermagem

SINAIS VITAIS:

Horário	P.A.	F.C.	Temp.	SAT	Dextro

Assinatura do Paciente Clarice Isabel Ribeiro



364521

1 - Registro ANS 0000

2 - Número da Guia Referenciada

Matrícula 00021162302901028

Nome Beneficiário

RAFAEL RIBEIRO GIAROLO

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 01015553000180

4 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

5 - Código CNES 3341135

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acrasc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	17 - Registro ANVISA do Material	10:10	10:10	00	18 - Referência do material no fabricante	1,00	36	1	30,00	30,00
01	27/05/2021	10:10	10:10	00	60033681	1,00	36	1	30,00	30,00
20 - Descrição TAXA DE SALA OBS CLINICA										
02	27/05/2021	13:34	13:34	00	90019873	1,00	04	1	5,80	5,80
20 - Descrição SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML										
03	27/05/2021	13:34	13:34	00	90425758	5,00	01	1	0,60	3,00
20 - Descrição GLICOSE 50% 10ML										
04	27/05/2021	13:34	13:34	00	90047540	1,00	14	1	38,82	38,82
20 - Descrição OMEPRAZOL 40MG/ML INJ										
05	27/05/2021	13:34	13:34	00	90208129	1,00	01	1	4,52	4,52
20 - Descrição DIGESAN 5MG										
06	27/05/2021	13:34	13:34	00	70222789	1,00	36	1	3,47	3,47
20 - Descrição EQUIPO P/SORO GTS.FILTRO PARTICULAS 1,40M EUROFIX										
07	27/05/2021	13:34	13:34	00	70272905	1,00	38	1	0,03	0,03
20 - Descrição MICROPORE BRANCO 5X10										
08	27/05/2021	19:21	19:21	00	70014370	1,00	36	1	1,26	1,26
20 - Descrição AGULHA DESCARTAVEL 40X12										
09	27/05/2021	19:21	19:21	00	70705348	1,00	36	1	8,24	8,24
20 - Descrição SERINGA 20ML										
10	27/05/2021	14:12	14:12	00	70139059	1,00	36	1	2,57	2,57
20 - Descrição ABOCATH N°24										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 52,14										
23 - Total de Materiais (R\$) 15,57										
24 - Total de OPME (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 30,00										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 97,71										