

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA****SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS****NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

RPS nº. 376671, Série: U, emitido em 19/12/2019, conversão em 20/12/2019

Número da Nota

375392

Data e Hora de Emissão

19/12/2019 00:00:00

Código de Verificação

TMSG40U

**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social:** ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO**CPF / CNPJ:** 76.591.569/0001-30**Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2**Endereço:** IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010**Município:** CURITIBA**UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INST ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3**Outro Doc.:****Endereço:** JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070**Município:** Curitiba**UF:** PR **Email:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 126,97

20 DEZ. 2019

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$126,97**

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito p/ Abatimento do IPTU |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| 0,00                           | 126,97                | 0,00         | 0,00               | 0,00                          |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

Agrupamento: **5 - CONTAS AMBULATORIAIS - CONSULTORIOS** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **135700** Competência: **12/2019** Entrega: **20/12/2019**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**  
Nota Fiscal



| Período         |            | Guia TISS  |  | Guia |  | Nr.Conta |         | Atendimento                |         | Nr. Carteira |  | Valor  |
|-----------------|------------|------------|--|------|--|----------|---------|----------------------------|---------|--------------|--|--------|
| 11/12/2019      | 11/12/2019 | 3031413000 |  |      |  | 1612266  | 3031413 | RODNEY AGUIAR SCHIMITT FII | 2332701 |              |  | 126,97 |
| Total : 1       |            |            |  |      |  |          |         |                            |         |              |  | 126,97 |
| Total Geral : 1 |            |            |  |      |  |          |         |                            |         |              |  | 126,97 |

Atendimento: 3031413 - RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO Lote: 1612266 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO  
Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUCIO RICIERI PEROTTI / 27706  
Guia.....: 3031413000 Validade.:  
Carteira.: 2332701 Validade.: 31/12/2019 Titular...: RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO  
: RUA MACEIO

Procedimento: 10101012 Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor                      | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total         |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                        |           |       |          |       | <b>102,88</b> |
| AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS                           | 102,88    |       |          |       | 102,88        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                        |           |       |          |       | <b>24,09</b>  |
| AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS                           | 24,09     |       |          |       | 24,09         |
| <b>Total da Conta:</b>                             |           |       |          |       | <b>126,97</b> |
| <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> |           |       |          |       | <b>137,47</b> |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 597 AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total      |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|---------------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 102,8800    | 102,88        |
| <b>Total do Setor:</b>                                            |             |      |             | <b>102,88</b> |
| <b>Total de TAXAS DE USO DE SALA:</b>                             |             |      |             | <b>102,88</b> |

### **MATERIAIS BRASINDICE**

Setor 597 AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total      |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|---------------|
| 70034362 ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869                 | UN          | 1    | 8,2103      | 8,21          |
| 0000045565 ATADURA GESSADA 06CM X 2 M                    | ROLO        | 1    | 6,3045      | 6,30          |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 40   | 0,0371      | 1,48          |
| 0000068401 MALHA TUBULAR 08 CM (NEVE)                    | CM          | 100  | 0,0810      | 8,10          |
| <b>Total do Setor:</b>                                   |             |      |             | <b>24,09</b>  |
| <b>Total de MATERIAIS BRASINDICE:</b>                    |             |      |             | <b>24,09</b>  |
| <b>Total da Conta:</b>                                   |             |      |             | <b>126,97</b> |

### **Prestadores Credenciados**

#### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Setor 597 AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS

| Data | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE | %Proc. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|----------------------------------------------|-------------|----|--------|------|-------------|----------|
|------|----------------------------------------------|-------------|----|--------|------|-------------|----------|

Atendimento: 3031413 - RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO Lote: 1612266 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 597 AMB. ORTOPEDIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF |                                 |             |    | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------|----|-------------|----|---------|------|-------------|----------|
| 11/12/2019                                  | 30711037                                     | Imobilizacao de membro superior |             |    | ATO         | N  | 100,00% | 1    | 10,5000     | 10,50    |
|                                             | LUCIO RICIERI PEROTTI                        | 27706                           | 03338300913 | 59 | CLINICO     |    |         |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                              |                                 |             |    |             |    |         |      |             | 10,50    |
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         |                                              |                                 |             |    |             |    |         |      |             | 10,50    |
| Total Credenciados:                         |                                              |                                 |             |    |             |    |         |      |             | 10,50    |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                              |                                 |             |    |             |    |         |      |             | 137,47   |



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

2 - Nº Guia no Prestador 3031413000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                        |  |                                                                                     |  |                                                                                 |  |                                                                    |  |                                                                                                  |  |                                             |  |                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                             |  | 3 - Número da Guia Principal                                                        |  | 5 - Senha<br>3031413000                                                         |  | 6 - Data de Validade da Senha                                      |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3031413000                                        |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde     |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                   |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/12/2019                                                  |  | 5 - Senha<br>3031413000                                                             |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                          |  | 10 - Nome<br>RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO                          |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                          |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2332701                                                      |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                              |  | 10 - Nome<br>RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO                                       |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                            |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130  |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                         |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                     |  | 17 - Número no Conselho<br>27706                                                |  | 18 - UF<br>41                                                      |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                                  |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>11/12/2019                                                 |  | 23 - Indicação Clínica                                                              |  | 24 - Tabela                                                                     |  | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                |  | 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Ql.Solic.                              |  | 28 - Ql.Autoriz.                                                             |  |
| 29 - Código da Operadora<br>76591569000130                                             |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO        |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                       |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                        |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                      |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                   |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição |  | 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |  | 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO |  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 58 - Observação / Justificativa             |  | 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>0.00                                    |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88                                         |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>24.09                                              |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                           |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>126.97            |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                              |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                         |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                       |  | 69 - Assinatura do Responsável                                                  |  | 70 - Assinatura do Responsável                                     |  | 71 - Assinatura do Responsável                                                                   |  | 72 - Assinatura do Responsável              |  | 73 - Assinatura do Responsável                                               |  |



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

|                                                                          |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------------|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS                                                         | 000000         | 2 - Número da Guia Referenciada | 3031413000                                        |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Dados do Contratado Executante                                           |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - Código na Operadora                                                  | 76591569000130 | 4 - Nome do Contratado          | ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 5 - Código CNES                                                          |                |                                 |                                                   | 15563     |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Despesas Realizadas                                                      |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 6-CD                                                                     | 7-Data         | 8-Hora Inicia                   | 9-Hora Final                                      | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Qtde.   | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |
| 1 - 03                                                                   | 11/12/2019     | 10:33:00                        | a                                                 | 10:33:00  | 19                | 70034362   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 8.21                               | 8.21                 |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1.8M 165.869                          |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 2 - 03                                                                   | 11/12/2019     | 10:33:00                        |                                                   | 10:33:00  | 00                | 0000045565 | 1                    | 045                     | 1.00                    | 6.30                               | 6.30                 |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 06CM X 2 M                               |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - 03                                                                   | 11/12/2019     | 10:33:00                        |                                                   | 10:33:00  | 00                | 0000045592 | 40                   | 038                     | 1.00                    | 0.03                               | 1.48                 |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER            |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 4 - 03                                                                   | 11/12/2019     | 10:33:00                        |                                                   | 10:33:00  | 00                | 0000068401 | 100                  | 038                     | 1.00                    | 0.08                               | 8.10                 |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 08 CM (NEVE)                               |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 5 - 07                                                                   | 11/12/2019     | 10:33:52                        |                                                   | 10:33:52  | 18                | 60023384   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 102.88                             | 102.88               |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                     |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                         |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                            |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 24.09                |
| 24 - Total de OPME (R\$)                                                 |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                     |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 102.88               |
| 26 - Total de Diárias (R\$)                                              |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                   |                |                                 |                                                   |           |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 126.97               |



|                                                                                        |  |                                                                                     |  |                                                                                 |  |                                                                                                  |  |                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                             |  | 3 - Número da Guia Principal<br>3031413000000                                       |  | 6 - Data de Validade da Senha                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                                      |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |
| 4 - Data de Autorização                                                                |  | 5 - Senha                                                                           |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                          |  | 10 - Nome<br>RODNEY AGUIAR SCHIMMITT FILHO                                                       |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                          |  |
| Dados do Beneficiário                                                                  |  | 8 - Número da Carteira<br>2332701                                                   |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                     |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                   |  |
| Dados do Solicitante                                                                   |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                     |  | 17 - Número no Conselho<br>27706                                                |  | 18 - UF<br>41                                                                                    |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                                        |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                            |  | 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                   |  | 22 - Data da Solicitação<br>11/12/2019                                          |  | 23 - Indicação Clínica                                                                           |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               |  |
| 26 - Descrição                                                                         |  | 27 - Qt.Solic.                                                                      |  | 28 - Qt.Autoriz.                                                                |  | 29 - Código na Operadora<br>59                                                                   |  | 30 - Nome do Contratado<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                                 |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                              |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                     |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                       |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |  | 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
| 1 11/12/2019 10:33 22 30711037 22 10:33 10:33                                          |  | INOBRILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR                                                    |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO              |  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 58 - Observação / Justificativa                                                                  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>10.50                                             |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                        |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                           |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                           |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>10.50                                                     |  | 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)

|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                               |                                         | 2 - Número da Guia Referenciada<br>3031413000000                            |                      | 5 - Código CNES<br>15563 |                                      |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130                                |                                         | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                      |                          |                                      |
| Dados do Contratado Executante                                           |                                         |                                                                             |                      |                          |                                      |
| Despesas Realizadas                                                      |                                         |                                                                             |                      |                          |                                      |
| 6-CD                                                                     | 7-Data                                  | 8-Hora Inicia                                                               | 9-Hora Final         | 10-Tabela                | 11-Código do Item                    |
| 17- Registro ANVISA do Material                                          | 18-Referência do material no fabricante |                                                                             |                      |                          |                                      |
| 1 - 07                                                                   | 11/12/2019                              | 10:33:52                                                                    | a                    | 10:33:52                 | 18 60023384                          |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |                                         |                                                                             |                      |                          |                                      |
|                                                                          |                                         | 12-Qtde.                                                                    | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc.  | 15-Valor Unitário - R\$              |
|                                                                          |                                         | 1                                                                           | 036                  | 1.00                     | 102.88                               |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 16-Valor Total - R\$                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 102.88                               |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 19-Nº Autorização de Funcionamento   |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 102.88                               |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 20 - Descrição:                      |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 21 - Total de Gases Medicinais (R\$) |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 0.00                                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 22 - Total de Medicamentos (R\$)     |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 0.00                                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 23 - Total de Materiais (R\$)        |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 0.00                                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 24 - Total de OPME (R\$)             |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 0.00                                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 102.88                               |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 26 - Total de Diárias (R\$)          |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 0.00                                 |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 27 - Total Geral (R\$)               |
|                                                                          |                                         |                                                                             |                      |                          | 102.88                               |

Impresso por: GREYCE.MOURA

Data/Hora: 11/12/2019 11:42:57

Conta/Lote: 1612266

Atendimento: 3031413

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



# Clinica Adventista

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

Roberto Pereira Schmitt

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

Av. Nogueira 308

CIDADE:

São José do Rio Preto

UF:

SP

DATA DA OCORRÊNCIA:

03/11/19

HORAS:

09:00

LOCAL ONDE OCORREU:

Colégio Adventista

MUNICÍPIO:

S. J. do Rio Preto

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Em atividade física jogando Basquete na escola. Tivemos o dedo machucado esmagado.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):

prof. Leisa

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

prof. Carlos

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

03/11/19 / Av. Nogueira

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Geovane Vinagre

HOUE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?

QUAL ?

não

CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS

OBSERVAÇÕES:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS

Antônio

LOCAL

03/11/19

DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rodney Aguiar Schmitt Filho

Nº da Carteira: 2.33.2701

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 07/10/2005

Nº da Guia: 1722



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 13/11/2019         | 09:30:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Esquerda    |

## Descrição

O aluno estava jogando basquete, pegou a bola de mal jeito e machucou o dedo mindinho, o dedo está torto e inchado, o aluno não consegue mexer. Foi colocado gelo no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Gabriel (aluno)          | (41) 3051-8700 |
| Dayana                   | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Dayana                          | 13/11/2019 |

| Local de atendimento      | Endereço                | Nº   | Bairro                    | Telefone                         |
|---------------------------|-------------------------|------|---------------------------|----------------------------------|
| Hospital Pequeno Príncipe | Rua Desembargador Motta | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

## Observações

Contato com a mãe.

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