



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 376673, Série: U, emitido em 19/12/2019, conversão em  
20/12/2019

Número da Nota  
375394  
Data e Hora de Emissão  
19/12/2019 00:00:00  
Código de Verificação  
**H01R400H**

**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 SUL BRAS 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\$ 444,38

20 DEZ. 2019

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$ 444,38**

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                           | 444,38                | 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: **2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. SOCORRO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **135702** 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  |
|-----------------|------------|------------|--|------|----------|-------------|-----------------------------------|--------|
| 27/11/2019      | 27/11/2019 | 3016754000 |  |      | 1604785  | 3016754     | YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA 2116541 | 444,38 |
| Total : 1       |            |            |  |      |          |             |                                   | 444,38 |
| Total Geral : 1 |            |            |  |      |          |             |                                   | 444,38 |

Atendimento: 3016754 - YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA Lote: 1604785 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA  
Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA / 21395  
Guia.....: 3016754000 Validade.:  
Carteira.: 2116541 Validade.: 30/12/2020 Titular....: YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA  
: AVENIDA NOSSA SENHORA DA PENHA

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



**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> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 102,88    |       |          |       | 102,88        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                 |           |       |          |       | <b>341,50</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 341,50    |       |          |       | 341,50        |
| Total da Conta:                             |           |       |          |       | <b>444,38</b> |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |           |       |          |       | <b>611,38</b> |

**TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA 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   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 102,88   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 102,88   |

**MATERIAIS BRASINDICE**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total      |
|-------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|---------------|
| 70034664 ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156,836 | UN          | 5    | 9,0292      | 45,14         |
| 70852570 ATADURA CREPOM 15CMX1,8MT (EM REPOUSO) CYSNE | UN          | 6    | 22,4505     | 134,70        |
| 0000045569 ATADURA GESSADA 15CM X 3M ROLO-CREMER      | ROLO        | 5    | 26,6625     | 133,31        |
| 70859108 MALHA TUBULAR 15CMX15MT                      | CM          | 300  | 0,0945      | 28,35         |
| Total do Setor:                                       |             |      |             | 341,50        |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                        |             |      |             | 341,50        |
| Total da Conta:                                       |             |      |             | <b>444,38</b> |

**Prestadores Credenciados**

**CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

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

Atendimento: 3016754 - YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA Lote: 1604785 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

|                                            |                                              |                            |    |         |             |    |          |             |          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|----|---------|-------------|----|----------|-------------|----------|
| Setor                                      | 133                                          | EMERGENCIA CONVENIOS       |    |         |             |    |          |             |          |
| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF |                            |    |         | Unid./Ativ. | HE | Qtde     | VI Unitario | VI Total |
| 27/11/2019                                 | 10101039                                     | Consulta em pronto socorro |    | UND     | N           | 1  | 100,0000 | 100,00      |          |
|                                            | ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN21395          | 04403844944                | 59 | CLINICO |             |    |          |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |                            |    |         |             |    |          | 100,00      |          |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |                            |    |         |             |    |          | 100,00      |          |

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

|                                             |                                              |                                            |    |         |             |    |         |      |             |          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|----|---------|-------------|----|---------|------|-------------|----------|
| Setor                                       | 133                                          | EMERGENCIA CONVENIOS                       |    |         |             |    |         |      |             |          |
| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF |                                            |    |         | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
| 27/11/2019                                  | 30726085                                     | Fratura de joelho - tratamento conservador |    |         | ATO         | N  | 100,00% | 1    | 67,0000     | 67,00    |
|                                             | ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN21395          | 04403844944                                | 59 | CLINICO |             |    |         |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                              |                                            |    |         |             |    |         |      |             | 67,00    |
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         |                                              |                                            |    |         |             |    |         |      |             | 67,00    |
| Total Credenciados:                         |                                              |                                            |    |         |             |    |         |      |             | 167,00   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                              |                                            |    |         |             |    |         |      |             | 611,38   |



CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Núcleo de Atenção à Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 3016754000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                               |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                    |  | 3 - Número da Guia Principal                              |  |
| 4 - Data de Autorização<br>27/11/2019                                                                                                                                         |  | 5 - Senha<br>3016754000                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                 |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3016754000 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2116541                                                                                                                                             |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2020                    |  |
| 10 - Nome<br>YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA                                                                                                                                        |  | 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>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA                                                                                                     |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                           |  |
| 17 - Número no Conselho<br>21395                                                                                                                                              |  | 18 - UF<br>41                                             |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                     |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante               |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                                                                             |  |                                                           |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>27/11/2019                                                                                                                                        |  |                                                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                        |  |                                                           |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                                                                            |  |                                                           |  |
| 26 - Descrição                                                                                                                                                                |  |                                                           |  |
| 27 - Qi Solic.<br>28 - Qi Autoriz.                                                                                                                                            |  |                                                           |  |
| 29 - Nome do Contratado<br>30 - Nome do Contratado<br>76591569000130<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                     |  |                                                           |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                     |  |                                                           |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                   |  |                                                           |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                                                                                                   |  |                                                           |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                                                                                                                    |  |                                                           |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                    |  |                                                           |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 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<br>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>341.50                                                                                                                                       |  | 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>444.38                                                                                                                                              |  | 66 - Assinatura do Contratado                             |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                |  |                                                           |  |



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

|                                                                             |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|------------|-----|-----|------|--------|------------------------|--------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                  |                                         | 2 - Número da Guia Referenciada<br>3016754000                               |                      | 5 - Código CNES<br>15563 |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| Dados do Contratado Esecutante<br>3 - Código na Operadora<br>76591569000130 |                                         | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| 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 | 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                                                                      | 27/11/2019                              | 14:24:02                                                                    | a                    | 14:24:02                 | 19                      | 70852570   | 6   | 036 | 1,00 | 22,45  | 134,70                 |        |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPOM 15CMX1,8MT (EM REPOUSO) CYSNE                |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| 2 - 03                                                                      | 27/11/2019                              | 14:24:02                                                                    |                      | 14:24:02                 | 00                      | 0000045569 | 5   | 045 | 1,00 | 26,66  | 133,31                 |        |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 15CM X 3M ROLO-CREMER                       |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| 3 - 03                                                                      | 27/11/2019                              | 14:24:02                                                                    |                      | 14:24:02                 | 19                      | 70034664   | 5   | 036 | 1,00 | 9,02   | 45,14                  |        |
| 20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836                |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| 4 - 03                                                                      | 27/11/2019                              | 14:24:02                                                                    |                      | 14:24:02                 | 19                      | 70859108   | 300 | 038 | 1,00 | 0,09   | 28,35                  |        |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 15CMX15MT                                     |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
| 5 - 07                                                                      | 27/11/2019                              | 14:24:02                                                                    |                      | 14:24:02                 | 18                      | 60023364   | 1   | 036 | 1,00 | 102,88 | 102,88                 |        |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL    |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        |                        |        |
|                                                                             |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 27 - Total Geral (R\$) | 444,38 |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                        |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 0,00                   |        |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                            |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 0,00                   |        |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                               |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 341,50                 |        |
| 24 - Total de OPME (R\$)                                                    |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 0,00                   |        |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                        |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 102,88                 |        |
| 26 - Total de Diárias (R\$)                                                 |                                         |                                                                             |                      |                          |                         |            |     |     |      |        | 0,00                   |        |





CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 3016754000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                        |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal<br>3016754000000                                |                                        |                                              |
| 4 - Data de Autorização                                                                          | 5 - Senha                                                                    | 6 - Data de Validade da Senha          | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                        |                                              |
| 8 - Número da Carteira<br>2116541                                                                | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2020                                       | 10 - Nome<br>YAGO STINGLIN DE OLIVEIRA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                        |                                              |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                        |                                              |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA                        | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>21395       | 18 - UF<br>41                                |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                      |                                                                              |                                        |                                              |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                        |                                              |
| 21 - Cartão do Atendimento<br>2                                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>27/11/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                 |                                              |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               | 26 - Descrição                                                               | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.      |                                              |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                        |                                              |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                                   | 30 - Nome do Contratado<br>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA                  | 31 - Código CNES<br>15563              |                                              |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                        |                                              |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta                  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                        |                                              |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                        |                                              |
| 1 27/11/2019 14:24                                                                               | 22                                                                           | 10101039                               | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                   |
| 2 27/11/2019 14:24                                                                               | 22                                                                           | 30726085                               | FRATURA DE JOELHO - TRATAMENTO CONSERVADOR   |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                        |                                              |
| 001                                                                                              | 1.0                                                                          | 100.00                                 | 100.00                                       |
| 001                                                                                              | 1.0                                                                          | 67.00                                  | 67.00                                        |
| Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                              |                                        |                                              |
| 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 |                                                                              |                                        |                                              |
| 1 - / /                                                                                          | 3 - / /                                                                      | 5 - / /                                | 7 - / /                                      |
| 2 - / /                                                                                          | 4 - / /                                                                      | 6 - / /                                | 8 - / /                                      |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                        |                                              |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>167.00                                                      |                                                                              |                                        |                                              |
| 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>167.00                                                                 |                                                                              |                                        |                                              |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                        |                                              |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                        |                                              |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                        |                                              |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Yago Stinglin de Oliveira

**Nº da Carteirinha:** 2.11.6541

**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

**Data de Nascimento:** 28/08/2008

**Nº da Guia:** 1808



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade            |
|--------------------|----------|---------|----------------------|
| 27/11/2019         | 12:50:00 | Ginásio | Deslocamento interno |

| O que aconteceu                                                       | Partes do corpo                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> ) | Joelho Direito, Joelho Esquerdo |

| Descrição                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| O aluno caiu e bateu os dois joelhos. Fizemos gelo. Joelho esquerdo inchado |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor                  | (41) 3225-1920 |

| 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     |
|-----------------|
| Chamamos a mãe. |

Ass.:

Deizi Silva

ANA LAURA GUEDES  
CRM PR 21395

**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