

Vencimento 25/08/2021	Sacado/Cliente INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE	CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	Nosso número 80584005162
Valor do documento R\$ 840,63	Número do documento 4585005	(-) Descontos	(+) Acréscimos
			(=) Valor cobrado

Local de pagamento Pagável em qualquer banco, mesmo após vencimento.			Nosso número 80584005162
Beneficiário POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA por Banco BS2 Av. Raja Gabaglia, 1143, 15º andar, Luxemburgo 30380-403 - Belo Horizonte/MG 71.027.866/0001-34	Data do documento 06/08/2021	Processamento 06/08/2021	Vencimento 25/08/2021
	Uso do banco	Número do doc 4585005	(=) Valor do doc R\$ 840,63
	Espécie doc Outro	Aceite Não	Quantidade Não
	Carteira Cbr Simples	Moeda R\$	Valor moeda R\$
Instruções Referente: Venda 5240 - Parcela 1 de 1 Multa para pagamento após o vencimento: 2.00%. Juros para pagamento após o vencimento: 1.00% ao mês.			(-) Descontos
			(+) Mora/Multa
			(+) Outros acréscimos
			Valor cobrado
Sacado/Cliente INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE Alameda Júlia da Costa Nº 1447 80730-070 - Curitiba/PR 15.116.763/0004-12		Sacador/Avalista POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA Rua Ephigênio Pereira da Cruz 83833-020 - Fazenda Rio Grande/PR 01.015.553/0001-80	

Use este código de barras para pagamento no bankline



 PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE	Número do RPS	Número da nota 38531
	Data da emissão da nota 06/08/2021 09:20:38	
	Data do fato gerador 06/08/2021 09:20:38	
	Código de verificação OF5A4QNKX	

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 Inscrição estadual:
 Endereço: R EPHIGENIO PEREIRA DA CRUZ Número: 1396 Bairro: PIONEIROS CEP: 83833-018 Telefone: (41) 3614-2700
 Complemento: Celular:
 Município: Fazenda Rio Grande UF: PR
 E-mail: Site:

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: Bigorrião 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 á serviços prestados com assistência médica.	895,7200	1,0000	895,7200	895,72x2,00 =	17,91

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	840,63								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 5,82	R\$ 26,87	R\$ 0,00	R\$ 13,44	R\$ 8,96	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 895,72		Valor líquido = R\$ 840,63			

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	895,72	17,91

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\$ 120,47 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 30,63 (3,42%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:						Data de Entrega:		Data do Vencimento:		
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA						03/08/2021		04/08/2021		
Conta	Ficha	Paciente	Guia de Atend.	Matrícula	Data Atend.	Proced.	Protocolo	Valor Hosp.	Valor Serviços	Valor Total
	CRM	Médico	Procedimento/Exame		Descrição				Qtde	Valor Total
246556	37586	BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA			11/06/2021	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
246557	37586	BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA		00320000082534845	11/06/2021			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
246567	127669	HELENA RIBEIRO ROSA		00320000069550166	28/07/2021	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
246568	127669	HELENA RIBEIRO ROSA		00320000069550166	28/07/2021			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
246569	127669	HELENA RIBEIRO ROSA		00320000069550166	28/07/2021	30711010		45,44	10,50	55,94
	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
246565	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	15/06/2021			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
246566	119919	KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO		20276101	29/06/2021			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
246558	48421	RAQUEL LANGARO DA SILVA		3525	20/07/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	36801	JOSE VICENTE CAMARGO RINALDI		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Entrega: 03/08/2021
Data do Vencimento: 04/08/2021

Conta	Ficha	Paciente	Guia de Atend.	Matrícula	Data Atend.	Proced.	Protocolo	Valor Hosp.	Valor Serviços	Valor Total
	CRM	Médico	Procedimento/Exame		Descrição				Qtde	Valor Total
246559	48421	RAQUEL LANGARO DA SILVA		3525	20/07/2021			0,00	35,64	35,64
	5214	HELIO SCHULMAN		40.80.405.4	Joelho				1	35,64
			Total de Honorários: 0	Total de Exames: 1					1	35,64
246560	48421	RAQUEL LANGARO DA SILVA		3525	21/07/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	23612	JONAS LENZI DE ARAUJO		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
246561	48421	RAQUEL LANGARO DA SILVA	3525003	3525	26/07/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	23851	BRUNO SBRISIA		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
246562	62382	VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA	3531	651720842	22/07/2021	10101012		0,00	95,00	95,00
	36128	CLAUDIA ESPEJO BLANCO		10.10.101.2	Consulta médica especialidade				1	95,00
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	95,00
246563	62382	VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA			22/07/2021			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
246564	62382	VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA		651720842	22/07/2021			45,44	10,50	55,94
	36128	CLAUDIA ESPEJO BLANCO		30.71.101.0	Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)				1	10,50
			Total de Honorários: 1	Total de Exames: 0					1	10,50
Total Geral das Contas: 14								90,88	804,84	895,72

Assinatura do Responsável

Policlínica Fazenda Rio Grande

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Rodrigues de Souza

Nº da Carteirinha: 2.80.527

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 01/08/2006

Nº da Guia: 3436



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2021	11:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Jogo de basquete	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Durante o jogo de basquete, a bola bateu no dedo indicador.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora de Educação Física - Dayana	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Ana Maria	11/06/2021

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

Observações
O aluno foi atendido pelo monitor, fez uma compressa de gelo e foi orientado para ficar com a mesma. Foi orientado também que se precisasse de atendimento especializado deveria entrar em contato com a coordenação novamente.

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

00000371219

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira
31/10/2022

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA

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

11/06/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Trouxe nos exames durante jogo de bola

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Caroline F. Souza

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
11/06/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
003200000825348459 - Validade da Carteira
31/10/2022

10 - Nome

BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
0101555300018014 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande15 - Nome do Profissional Solicitante
Dra. H. M. Costa16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho

18 - UF
PR19 - Código CBO
2231.2420 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. H. M. Costa
CRM 12310

Dados de Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
122 - Data da Solicitação
11/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
004080312026 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
0101555300018030 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
02

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
11/06/202137 - Hora Inicial
12:2738 - Hora Final
12:2739 - Tabela
2240 - Código do Procedimento
004080312041 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO42 - Qtd
00143 - Via
00144 - Tec.
1.0045 - Fator Red./Acrsc.
35,6446 - Valor Unitário (R\$)
35,6447 - Valor Total (R\$)
35,64

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

48 - Seq./Ref.
149 - Grau Part.
1250 - Código na Operadora/CPF
3018219090051 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN52 - Conselho Profissional
0653 - Número no Conselho
521454 - UF
4155 - Código CBO
225320

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

1 11/06/2021

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
35,6460 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,0061 - Total de Materiais (R\$)
0,0062 - Total de OPME (R\$)
0,0063 - Total de Medicamentos (R\$)
0,0064 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,0065 - Total Geral (R\$)
35,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Helio Schulman

68 - Assinatura do Contratado

POLÍCLÍNICA FAZ. RIO GRANDE S/C LTDA.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Ribeiro Rosa

Nº da Carteira: 2.80.142

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/03/2010

Nº da Guia: 3540



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/07/2021	15:27:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito, 2º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava em uma atividade esportiva durante o jogo, aluna caiu batendo o joelho no chão e tendo o dedo acertado pela bola, foi aplicado gelo no local e orientada continuar com a compressa e se não sentisse melhora entrar em contato com o Colégio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Daiane Peniche	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Josiane	27/07/2021

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

Observações
foi feito compressa no local e orientada a mesma a continuar com gelo e não havendo melhora procurar o Colégio para orientação.

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

00000390928

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

00320000069550166

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

HELENA RIBEIRO ROSA

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

MARCELO DE ALMEIDA COSTA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

10482

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

28/07/2021

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Marcelo Costa

Trouxe em mãos D.

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Helela

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
28/07/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0032000069550186

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
HELENA RIBEIRO ROSA

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 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
28/07/2021

23 - Indicação Clínica
Edema mão e pés tornoz

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtde. Solic
001

28 - Qtde. Aut.

2
3
4
5

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
D5

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
28/07/2021

37 - Hora Inicial
13:02

38 - Hora Final
13:02

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

42 - Qtde
001

43 - Via
001

44 - Tec.
001

45 - Fator Red./Acresc
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
35,64

47 - Valor Total (R\$)
35,64

1
2
3
4
5

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

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 28/07/2021
2
3
4
5
6
7
8
9
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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE S/C LTDA



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Helena Rêbora

Art da dupe indicando de nite Art perfil

Dr. Marcelo Almeida Costa
Dr. Marcelo Almeida Costa
CRM 10.402-PR

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/07/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
00320000069550166

9 - Validade da Carteira
28/07/2021

10 - Nome
HELENA RIBEIRO ROSA



00000390952

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
2251

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Marcelo de Almeida Costa
Médico
CRM 10482

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
28/07/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtda. Solic.
001

28 - Qtda. Aut.

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
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
05

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
28/07/2021

37 - Hora Inicial
13:19

38 - Hora Final
13:19

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711010

41 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Qtda
001

43 - Via
001

44 - Fator Rad./Acresc.
1,00

45 - Valor Unitário (R\$)
10,50

46 - Valor Total (R\$)
10,50

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

48 - Seq. Rel.
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
28/07/2021

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

58 - Observação / Justificativa

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 OPMs (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
10,50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Marcelo de Almeida Costa
Médico
CRM 10482

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome do paciente: Helena Ribeiro Rocha

Data do procedimento: 28-07-2021 Convenio: Clínica Adventista

Médico: Marcelo de Almeida Costa

Procedimento realizado: THORACOTOMIA NÃO GERADA

Enfermagem: Thaiane

Dados Clínicos: Leituras anuais de não desenvolvimento

Descrição: Realizado Thoracotomia em 2º. de de de

Marcelo de Almeida Costa
Médico

CRM 10482

Assinatura e carimbo

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

Nome Beneficiário
HELENA RIBEIRO ROSA



390952

4 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda

Despesas Realizadas	01015553000180	Policlínica Fazenda Rio Grande	5 - Código CNES 3341135
---------------------	----------------	--------------------------------	----------------------------

	6 - CD	7 - Data 17 - Registro ANVISA do Material	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código de Item	12 - Qtda.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$ 19 - Nº Autorização de Funcionamento	16 - Valor Total - R\$
01	04	28/07/2021	13:19	a	13:19	00	60023384	1,00	36	1	35,00
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS											
02	03	28/07/2021	13:59	a	13:59	00	70034664	1,00	36	1	0,81
20 - Descrição ALGODÃO ORTOPEDICO											
03	03	28/07/2021	13:59	a	13:59	00	70034354	1,00	36	1	2,97
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12CM											
04	03	28/07/2021	13:59	a	13:59	00	70227144	1,00	38	1	6,66
20 - Descrição ESPARADRAPO 10X4.5M											
05				a							
20 - Descrição											
06				a							
20 - Descrição											
07				a							
20 - Descrição											
08				a							
20 - Descrição											
09				a							
20 - Descrição											
10				a							
20 - Descrição											
Totais 21 - Total de Gases0,00 22 - Total de Medicamentos0,00 23 - Total de Materiais (R\$)10,44 24 - Total de OPME (R\$)0,00 25 - Total de Taxas e Aluguéis35,00 26 - Total de Diárias (R\$)0,00 27 - Total Geral (R\$)45,44											

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Kissilla dos Santos Sinflorio

Nº da Carteirinha: 2.80.704

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 11/06/2007

Nº da Guia: 3400.002



Data do Retorno	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

Motivo do Retorno

Retorno ortopedista para o dia 15/06/2021 as 08:45.

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
20276101

9 - Validade da Carteira
//___

10 - Nome
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado
Políclínica 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
DR. WILLIAMS OFORI ADJEI

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica
Normo fetal 5:40c - Anomalia do feto

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RAIO X MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
POLICLINICA FAZ. RIO GRANDE S/C LTDA.

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
03

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
020

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 15/10/06	37 - Hora Inicial 07:00	38 - Hora Final 09:30	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 40803120	41 - Descrição Rx x mão	42 - Qtd 01	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
2			2								
3			2								
4			2								
5			2								

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

POLICLINICA FAZ. RIO GRANDE S/C LTDA.



1 - Registro A/S:
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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

20276101

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DR. WILLIAMS OFORI ADJEI
ORTOPEDIA PEDIATRICA
CRM 32167-06/2518911697

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

0040803120

26 - Descrição

RAIO X MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Orde. Solic

001

28 - Orde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

01015553000180

30 - Nome do Contratado

POLICLINICA FAZ. RIO GRANDE S/C LTDA.

31 - Código CNES

2341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Orde

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

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

POLICLINICA FAZ. RIO GRANDE S/C LTDA.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raquel Langaro da Silva

Nº da Carteirinha: 2.80.796

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/12/2005

Nº da Guia: 3525



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/07/2021	12:13:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna se chocou como outro colega e deslocou o joelho, deitou no chão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos	(41) 99773-5587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Marcos e os Monitores	20/07/2021

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

Observações

A aluna recebeu atendimento na unidade escolar sendo encaminhada a enfermaria por cadeira de roda e colocado gelo, foi comunicados ao Responsável (Pai) e encaminhado para a policlínica da Fazenda.

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

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

Dados do Aluno

Nome: **Raquel Langaro da Silva (796)** Ano: **2021** Data Matrícula: **16/03/2021**
Curso: **1º Ano - Ensino Médio** Turma: **111**
Sexo: **F** Data Nascimento: **29/12/2005** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Santa Luzia, 1072** Complemento: **QD37LT07**
Bairro: **Santa Terezinha** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83829-237**
Cert. Nascimento: **15148**
Cert. Nascimento Livro: **67A** Cert. Nascimento Folha: **144**
Cert. Nascimento Termo: **15148**
Cert. Nascimento Cartório: **Fazenda Rio Grande**
Cert. Nascimento Cidade: **Fazenda Rio Grande** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **133526048** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **25/07/2011** CPF: **098826729-22** INEP
E-Mail: **raquellangaro12@gmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **41 99896045** | Celular: **41984002891** |
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **021991109-66** Nome: **Clovis Moreira da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **31/08/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **67125584** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **09/03/2010**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Santa Luzia, 1072**
Complemento: **QD37LT07** Bairro: **Santa Terezinha** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83829-237**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41984002891** |

Dados da Mãe

CPF: **008529599-07** Nome: **Edineia Langaro da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/02/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **83810564** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/10/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Santa Luzia, 1072**
Complemento: **QD37LT07** Bairro: **Santa Terezinha** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83829-237**
Cx. Postal: E-Mail: **neialangaro2019@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41984002891** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **008529599-07** Nome: **Edineia Langaro da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/02/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **83810564** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/10/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Santa Luzia, 1072**
Complemento: **QD37LT07** Bairro: **Santa Terezinha** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83829-237**
Cx. Postal: E-Mail: **neialangaro2019@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41984002891** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **008529599-07** Nome: **Edineia Langaro da Silva** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/02/1983** Estado Civil: **Casado** Identidade: **83810564** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **23/10/2017**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Santa Luzia, 1072**
Complemento: **QD37LT07** Bairro: **Santa Terezinha** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83829-237**
Cx. Postal: E-Mail: **neialangaro2019@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41984002891** |

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

Edineia L. da Silva
Responsável

00000387425

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3525

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

RAQUEL LANGARO DA SILVA

8 - Cartão Nacional de Saúde

0

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

JOSE VICENTE CAMARGO RINALDI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

36801

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

20/07/2021

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Trauma de Joelho

24 - Assinatura do Profissional Executante

3525

Dr. Jose Vicente Rinaldi

Médico

CRM 36801

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

20/07/2021 Edineia S. da Silva

8 - Cartão Nacional de Saúde

0

11 - Código CBO S

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000387450

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização
20/07/2021

5 - Senha

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3525

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
RAQUEL LANGARO DA SILVA

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
0101555300018014 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
3680118 - UF
PR19 - Código CBO
225120 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. José Vicente Camargo Rinaldi

Médico Pediatra

CRM-PR 36801

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
122 - Data da Solicitação
20/07/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2225 - Código do Procedimento
004080405426 - Descrição
JOELHO27 - Qlde. Solic
001

28 - Qlde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
0101555300018030 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
02

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
20/07/202137 - Hora Inicial
13:3538 - Hora Final
13:3539 - Tabela
2240 - Código do Procedimento
004080405441 - Descrição
JOELHO42 - Qlde
00143 - Via
0144 - Tec.
1,0045 - Fator Red./Acresc.
35,6446 - Valor Unitário (R\$)
35,6447 - Valor Total (R\$)
35,64

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

48 - Seq. Ref
149 - Grau Part.
1250 - Código na Operadora/CPF
3018219090051 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN52 - Conselho Profissional
0653 - Número no Conselho
521454 - UF
4155 - Código CBO
225320

56 - Observação / Justificativa

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

1 20/07/2021

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

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Raquel Langaro da Silva

Nº da Carteirinha: 2.80.796

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/12/2005

Nº da Guia: 3525.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/07/2021	12:13:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna se chocou como outro colega e deslocou o joelho, deitou no chão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos	(41) 99773-5587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Marcos e os Monitores	20/07/2021

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

Motivo do Retorno

A aluna foi atendida pelo pediatra e encaminhada para o Ortopedista.

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

00000387924

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3525

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

RAQUEL LANGARO DA SILVA

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

JONAS LENZI DE ARAUJO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

23612

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

21/07/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Luxação patelar

24 - Assinatura do Profissional Executante

2167124

DR. JONAS LENZI
Coluna Vertebral - CRM-PR 23612
www.jonaslenzi.com

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

+ Edineia B. da Silva

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Raquel Langaro da Silva

Nº da Carteirinha: 2.80.796

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/12/2005

Nº da Guia: 3525.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/07/2021	12:13:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna se chocou com outro colega e deslocou o joelho, deitou no chão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos	(41) 99773-5587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Marcos e os Monitores	20/07/2021

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

Motivo do Retorno

Encaminhada para um especialista Ortopedista consulta agendada para o dia 26/07/2021 as 17 horas com o Dr. Bruno

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3525

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

RAQUEL LANGARO DA SILVA

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

BRUNO SBRISIA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

23851

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

26/07/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Instabilidade do joelho por Trauma de joelho - br

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. BRUNO SBRISIA
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 23.851

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Raquel L. da Silva

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Victória Cristini Michaleski de Lima

Nº da Carteirinha: 2.80.152

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 13/10/2010

Nº da Guia: 3531



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/07/2021	08:10:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em uma atividade esportiva e a bola bateu no dedo ficando dolorido, levemente inchado, foi aplicado gelo e em casa passado creme de massagem canforado, isto aconteceu na quarta feira, ao retornar a escola na quinta feira, relatou que o dedo doe e sem conseguir mexer muito, dificultando escrever.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Josiane	(41) 99535-4331

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Josiane	22/07/2021

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

Observações

Foi entrado em contato com o pai e avisado sobre o procedimento para ter acompanhamento médico com a aluna.

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **02/10/2020**

Nome: **Victória Cristini Michaleski de Lima (152)** Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **61**
Sexo: **F** Data Nascimento: **13/10/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Rio Juruá, 292** Complemento: **Sobrado 1**
Bairro: **Iguaçu** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83833-350**
Cert. Nascimento: **2038832**
Cert. Nascimento Livro: **093** Cert. Nascimento Folha: **184**
Cert. Nascimento Termo: **20388**
Cert. Nascimento Cartório: **Meyer**
Cert. Nascimento Cidade: **Fazenda Rio Grande** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **13.737.915-5** O.Exp: sesp UF: **PR** Data: **07/01/2013** CPF: **106203029-09** INEP
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Residencial: **41 36046498** | Comercial: **41 36274408** | Celular: **41992211831** | Celular: **41992565815** |
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **037510439-93** Nome: **Ronaldo Batista de Lima** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **01/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7314868-5** O. Exp: sesp UF: **pr** Data Emissão: **22/01/2018**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Juruá, 292**
Complemento: **sobrado 1** Bairro: **Iguaçu** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83833-350**
Cx. Postal: E-Mail: **rblima.pvv@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **41 36274408** | Celular: **41992565815** |

Dados da Mãe

CPF: **051291829-52** Nome: **Patricia de Fatima Gondorek Michaleski de Lima** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/11/1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8913046-8** O. Exp: sesp UF: **pr** Data Emissão: **08/07/2019**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Juruá, 292**
Complemento: **Sobrado 1** Bairro: **Iguaçu** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83833-350**
Cx. Postal: E-Mail: **patriciamichaleski@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **41992211831** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **037510439-93** Nome: **Ronaldo Batista de Lima** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **01/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7314868-5** O. Exp: sesp UF: **pr** Data Emissão: **22/01/2018**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Juruá, 292**
Complemento: **sobrado 1** Bairro: **Iguaçu** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83833-350**
Cx. Postal: E-Mail: **rblima.pvv@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **41 36274408** | Celular: **41992565815** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **037510439-93** Nome: **Ronaldo Batista de Lima** Naturalidade: **Curitiba - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **01/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7314868-5** O. Exp: sesp UF: **pr** Data Emissão: **22/01/2018**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Rio Juruá, 292**
Complemento: **sobrado 1** Bairro: **Iguaçu** Cidade: **Fazenda Rio Grande** UF: **PR** CEP: **83833-350**
Cx. Postal: E-Mail: **rblima.pvv@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **41 36274408** | Celular: **41992565815** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **02/10/2020 12:26:01**

[X] Deferido [] Indeferido

Eunubia Murielli Silva Beck da
- Ato nº 06/2021

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

Autenticação:

0c49d4e0982a6c2fc1263ccode8d4296a

Ronaldo Batista de Lima

rblima.pvv@hotmail.com

Aceite em: **02/10/2020 12:26:01**

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

VICTÓRIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA

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

CLAUDIA ESPEJO BLANCO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

36128

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

22/07/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Trauma com bola - mão D.

24 - Assinatura do Profissional Executante

Claudia Espejo Blanco
Médica
CRM 36128

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

22/07/2021 e Ronaldo B de Lima

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 22/07/2021	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 36128	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Em Anexo
----------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 22/07/2021	23 - Indicação Clínica Trauma em mão direita	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODACTILO
1	2	3
4	5	

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 05
----------------------	--------------------------------	--	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 22/07/2021	37 - Hora Inicial 18:39	38 - Hora Final 18:39	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODACTILO	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 35,64	47 - Valor Total (R\$) 35,64
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2	3	4	5	6	7	8	9	10			
3	4	5	6	7	8	9	10				
4	5	6	7	8	9	10					
5	6	7	8	9	10						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	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	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2	3	4	5	6	7	8	9	10			
3	4	5	6	7	8	9	10				
4	5	6	7	8	9	10					
5	6	7	8	9	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 22/07/2021, Ronaldo B do Amaral						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Em Anexo.					



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA

SOLICITO

**RX AP E OBLIQUA MÃO DIREITA
RX PERFIL 3ERO DEDO MÃO DIREITA**

FAZ 08 IMPRIME ITENS

Fazenda Rio Grande , 22 de julho de 2021

CLAUDIA ESPEJO BLANCO
CRM36128

[Handwritten signature]
Claudia Espejo Blanco
M E D I C A
CRM 36128

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data da Autorização 22/07/2021	5 - Senha
---------------------------------------	-----------

6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------------	---

8 - Número da Carteira 651720842	9 - Validade da Carteira
-------------------------------------	--------------------------

Dados do Solicitante	10 - Nome VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA
----------------------	---

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

15 - Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA ESPEJO BLANCO	16 - Conselho Profissional 06
--	----------------------------------

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	17 - Número no Conselho 36128
---	----------------------------------

21 - Carter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/07/2021
---------------------------------	--

24 - Tabela 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 Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 00000000
---	------------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento 04
----------------------	--------------------------------

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 3
---	----------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 05
---	--

36 - Data 22/07/2021	37 - Hora Inicial 19:10	38 - Hora Final 19:10	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Qtd. 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc. 1.00	46 - Valor Unitário (R\$) 10,50	47 - Valor Total (R\$) 10,50
-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	--	------------------	----------	-----------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CNPJ 000000000000	51 - Nome do Profissional CLAUDIA ESPEJO BLANCO	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 36128	54 - UF 41	55 - Código CBO 225125
---------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 22/07/2021
--	--

58 - Observação / Justificativa	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 Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 10,50
--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável X Renalder J de Lima	68 - Assinatura do Contratado Claudia Espejo Blanco CRM 36128
---	--	--



00000388812

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome do paciente: Valéria Justina Michalecki de Lima

Data do procedimento: 22-07-2021 Convenio: União Nordeste

Médico: Claudia Espejo Blanco

Procedimento realizado: Imobilização no gineco

Enfermagem: Alvane

Dados Clínicos: doença de 3º grau

Descrição: Realizar imobilização em 3º grau
no 2º grau e para evitar mal de pica
periclitado

Dra Claudia Espejo Blanco

Médico

CRM PR 36128

Assinatura e carimbo

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



388812

Matrícula	Nome Beneficiário
651720842	VICTORIA CRISTINI MICHALESKI DE LIMA

3 - Código na Operadora 01015553000180	4 - Nome do Contratado Políclinica Fazenda Rio Grande	5 - Código CINES 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./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante							19 - N° Autorização de Funcionamento						
01	04	22/07/2021	a	19:30	00	60023384	1,00	36	1	35,00					
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS															
02	03	22/07/2021	a	09:57	00	70034664	1,00	36	1	0,81					
20 - Descrição ALGODAO ORTOPEDICO															
03	03	22/07/2021	a	09:57	00	70034354	1,00	36	1	2,97					
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12CM															
04	03	22/07/2021	a	09:57	00	70227144	1,00	38	1	6,66					
20 - Descrição ESPARADRAPO 10X4,5M															
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 Casos 0,00															
22 - Total de Medicamentos 0,00															
23 - Total de Materiais (R\$) 10,44															
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\$) 45,44															