



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

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

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

Situação  
Ativa

Número  
20194066

Emitido em  
13/11/2019 às 14:31:26

Competência  
novembro/2019

Série  
F

Código verificador  
1unVU4o

**Prestador de serviços**

**QR Code**



CPF/CNPJ: 81697419000227

C.M.C.: 31669

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

Endereço: RUA MARTINS PENA, 297 - JARDIM RENATO FESTUGATO

Cidade: Foz do Iguaçu

UF: PR Email:

CEP: 85864020

Telefone: 4521027506

Regime tributário: Baseado na alíquota do serviço



**Tomador de serviços**

CPF/CNPJ: 15116763000412

C.M.C.: 04016556963

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

Endereço: Júlia da Costa, 1447

Cidade: Curitiba

UF: PR

Email:

CEP: 80730070

Telefone:

**Código atividade:**

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

**Natureza da operação:**

Serviço prestado no município

**Item da lista de serviço**

4.01 Medicina e biomedicina.

**Município da prestação do serviço**

410830400 Foz do Iguaçu / PR

**Discriminação dos serviços:**

SERVIÇOS HOSPITALARES DE PROTO ATENDIMENTO

PACIENTE: Davi Lucas de Oliveira

ATENDIMENTO: 478150

|                |                      |             |                |              |               |
|----------------|----------------------|-------------|----------------|--------------|---------------|
| IR retido:     | CSLL retido:         | PIS retido: | COFINS retido: | INSS retido: | ISSQN retido: |
| 0,00           | 0,00                 | 0,00        | 0,00           | 0,00         | 0,00          |
| Desc. cond:    | Desc. incond:        | Deduções:   | Base cálculo:  | Alíquota:    | Total ISSQN:  |
| 0,00           | 0,00                 | 0,00        | 142,02         | 3,00%        | 4,26          |
| Total líquido: | <b>TOTAL DA NOTA</b> |             |                |              | 142,02        |
| 142,02         |                      |             |                |              | 142,02        |

**Outras informações:**

Emitido por : OLIVIA DALLA ROSA BORBA



Paciente:  
**Davi Lucas de Oliveira**

Convênio:  
**Particular**

Usuário/Matrícula

**Nota:  
Emissão:**

Nº Atend: 478.150  
Nº I.C.: 1.382.073

Prontuário: 11717019 Data Entrada: 11/11/2019 14:02:55 Data Saída: 13/11/2019 14:30:00 Motivo Alta: 17  
Médico: Rubens Arles Bettega Domaski Tipo Atend.: 8 - Atendimento  
Proc. Princ.: 00000000 Curativo Transparente Tegaderm 6,0cmx7,0cm 1624w Espec/Clinica: 6 Ortopedia  
Data Nasc.: 15/12/2006  
CID Princ.:  
Guia: Não Informada

Dt.Conta: 11/11/19 14:03 Dt.Inicial: 11/11/19 14:02 Dt.Final: 13/11/19 14:30 Refer: 01/11/19

| Taxas                           |           |                                  |     |      |           |           |            |
|---------------------------------|-----------|----------------------------------|-----|------|-----------|-----------|------------|
| Seq.                            | Código    | Descrição                        | U.M | Qtde | VI. Unit. | VI. Total | Dt. Proc   |
| Consultório Ortopedia -         |           |                                  |     |      |           |           |            |
| 1                               | 6003368.1 | Sala Ambulatorial I / Observação | Un  | 1,00 | 85,0000   | 85,0000   | 11/11/2019 |
| Total - Consultório Ortopedia - |           |                                  |     | 1,00 |           | 85,0000   |            |

| Materiais                       |       |        |          |                                      |        |     |      |           |           |
|---------------------------------|-------|--------|----------|--------------------------------------|--------|-----|------|-----------|-----------|
| Seq.                            | Mat   | Simpro | TISS     | Descrição Material                   | Marca  | U.M | Qtde | VI. Unit. | VI. Total |
| Consultório Ortopedia -         |       |        |          |                                      |        |     |      |           |           |
| 1                               | 58186 | 130565 | 70034648 | Atadura Algodão Ortopédica 08cm X 1, | CREMER | un  | 1,00 | 2,7000    | 2,7000    |
| 2                               | 58200 | 128266 | 58200    | Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)  | CREMER | un  | 4,00 | 7,2975    | 29,1900   |
| 3                               | 58229 | 162120 | 58229    | Atadura Gessada 8cm X 2m (cremer)    | CREMER | un  | 3,00 | 8,3767    | 25,1300   |
| Total - Consultório Ortopedia - |       |        |          |                                      |        |     | 8,00 |           | 57,0200   |
| Total geral                     |       |        |          |                                      |        |     |      |           | 142,02    |

|                            |                                 |                         |           |                                          |                                           |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>351792 | 3 - Nº Guia Principal<br>351792 | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha<br>11/11/2019 | 7 - Data de Emissão da Guia<br>11/11/2019 |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|------------------------------------------|-------------------------------------------|

|                        |                              |                           |                                     |                                         |
|------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Plano Particular c/ H.M. | 10 - Validade da Carteira | 11 - Nome<br>Davi Lucas de Oliveira | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                       |                                                     |                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|
| 13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 14 - Nome do Contratado                             | 15 - Código do CNES |
| 81697419000227                        | Unimed Foz de Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico |                     |

|                                                                       |                                   |                                  |               |                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|
| 16 - Nome do Profissional Solicitante<br>Rubens Aries Bettega Domaski | 17 - Conselho Profissional<br>CRM | 18 - Numero no Conselho<br>23053 | 19 - UF<br>PR | 20 - Código CBO<br>225270 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|

|                               |                                                                    |                    |                                                                                                                                 |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Data/Hora da Solicitação | 22 - Caracter da Solicitação<br>E<br>Estado<br>Urgência/Emergência | 23 - CID 10<br>S52 | 24 - Indicação Clínica/Orientatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)<br>S52 Frat do antebraço |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 25 - Tabela | 26 - Código do procedimento | 27 - Descrição | 28 - Qt. Solic. | 29 - Qt. Autoriz. |
|-------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-------------------|
| 1           | 30712092                    | Luva           | 1               | 1                 |

~~Dr. Rüdiger Tiedtke~~  
~~Oftopedia - 7490T 11/53~~  
~~23056~~  
~~23056~~

5

HOSPITAL

Endereço do Condado Estudante

|                                      |                         |         |                                                  |                |         |                |          |                   |
|--------------------------------------|-------------------------|---------|--------------------------------------------------|----------------|---------|----------------|----------|-------------------|
| 30 - Grupo na Operadora (CNPJ / CPF) | 31 - Nome do Controlado | 32 - TI | 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento | 36 - Município | 37 - UF | 38 - Cód. IBGE | 39 - CEP | 40 - Contato CHES |
|                                      |                         |         |                                                  |                |         |                |          |                   |

|                                                       |                            |                         |         |                   |                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|----------------------------|
| 41 - Nome do Profissional Executante / Complementar   | 42 - Conselho Profissional | 43 - Número no Conselho | 44 - UF | 45 - Código CBO 5 | 45a - Grau de Participação |
| 46a - Código na operadora / C/P do exec. complementar |                            |                         |         |                   |                            |
| Dados de atendimento                                  |                            |                         |         |                   |                            |

| 46 - Tipo de acidente |                      | 47 - Indicação do Acidente |                      | 48 - Tipo de culpa   |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 01 - Resposta do CAD  | 02 - Resposta do CAD | 03 - Resposta do CAD       | 04 - Resposta do CAD | 05 - Resposta do CAD | 06 - Resposta do CAD | 07 - Resposta do CAD | 08 - Resposta do CAD | 09 - Resposta do CAD | 10 - Resposta do CAD |
| 01 - Resposta do CAD  | 02 - Resposta do CAD | 03 - Resposta do CAD       | 04 - Resposta do CAD | 05 - Resposta do CAD | 06 - Resposta do CAD | 07 - Resposta do CAD | 08 - Resposta do CAD | 09 - Resposta do CAD | 10 - Resposta do CAD |

|                                               |                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 49 - Tipo de Doença<br>A Aguda      C Crônica | 50 - Tempo de Doença<br>= A Anos    M Meses    D Dias |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|



478150

Paciente **Davi Lucas de Oliveira**  
Data Nascto. 15/12/2006 12 Anos  
Sexo Masculino  
Telefone 998427555  
Leito Cons Orto

Atendimento 478.150  
Prontuário 11.717.019  
Dt. Entrada 11/11/2019 14:02:55  
Convênio Particular Setor sem Acomodação

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

**Sinais vitais paciente**

| Data evolução    | Liberação   | Função                  | Tipo evolução                 | Usuário      | Código prof |
|------------------|-------------|-------------------------|-------------------------------|--------------|-------------|
| 11/11/2019 14:58 | 11/11 15:18 | Técnico em imobilização | Anotação de Cuidados Técnicos | Carlos Rones | ASTEGO 7179 |

PCTE CALMO, CONCIENTE, ORIENTADO, **TROCA TALA GESSADA AXILO PALMAR POR TALA GESSADA LUVA** MSD., DEAMBULA, LIBERADO COM ORIENTAÇÕES MEDICA.

**MATERIAL:**

04 CREPONS 10CM  
01 ALGODÃO ORTOPEDICO 08CM  
03 GESSOS 08CM  
1M MALHA TIUBULAR 08CM

*Carlos Rones*  
Astego 7179  
Téc. Imob. Ortopédico  
HOSPITAL UNIMED

## Solicitação de exames externos

|                |                        |              |                              |
|----------------|------------------------|--------------|------------------------------|
| Paciente       | Davi Lucas de Oliveira | Sexo         | M                            |
| Atendimento    | 478150                 | Médico (a)   | Rubens Arles Bettega Domaski |
| Nascimento     | 15/12/2006             | Idade (Anos) | 12                           |
| Endereço       | TRAVESA LIMA BARRETO - |              |                              |
| Dt solicitação | 11/11/2019 14:51:12    |              |                              |

### Dados clínicos

Exames anter.

CID

Descrição CID

Justificativa

Página 100 - SEM GRUPO

| Exame | Quantidade |
|-------|------------|
| Luva  | 1          |

Lote: 70494

Setor: Consultório Ortopedia

Prescr.: 402966

Paciente: Davi Lucas de Oliveira

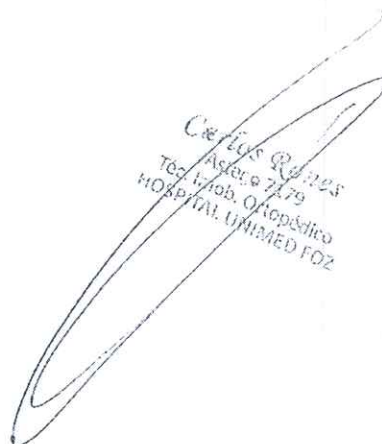
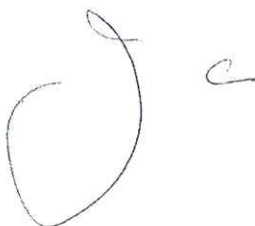
| Cód.  | Descrição                                       | Qtd | Unid | Presc |
|-------|-------------------------------------------------|-----|------|-------|
| 58200 | Atadura Crepom 10cm X 1,8m (cremer)             | 4   | un   | S     |
| 58186 | Atadura Algodão Ortopédica 08cm X 1,8m (cremer) | 1   | un   | S     |
| 58229 | Atadura Gessada 8cm X 2m (cremer)               | 3   | un   | S     |

Retirado por: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_



Celso R. dos  
Assessor 7179  
Tôc. Ortop. Ortopédico  
HOSPITAL UNIMED FOZ



478150

|              |                        |             |                                 |
|--------------|------------------------|-------------|---------------------------------|
| Paciente     | Davi Lucas de Oliveira | Atendimento | 478.150                         |
| Data Nascto. | 15/12/2006 12 Anos     | Prontuário  | 11.717.019                      |
| Sexo         | Masculino              | Dt. Entrada | 11/11/2019 14:02:55             |
| Telefone     | 998427555              | Convênio    | Particular Setor sem Acomodação |
| Leito        | Cons Orto              |             |                                 |

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

## Sinais vitais paciente

| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução   | Usuário              | Código prof |
|------------------|-------------|--------|-----------------|----------------------|-------------|
| 11/11/2019 14:43 | 11/11 14:47 | Médico | Evolução Médica | Rubens Arles Bettega | CRM 23053   |

#HMA&gt;

trauma indireto em antebraço direito com 04 dias de evolução. imobilizado com tala gessada.  
sem queixas

11/11/19

aproximadamente 02 sem tto conservador fx antebraço.

rx> sinais de consolidação inicial.

#EF&gt;

neurovascular preservado

mobilizando dedos sem dor

rx> fratura de radio mantido

#C&gt;

rx controle em 03 semanas

oriento importancia de manter tipoia, cuidados com gesso e mobilizar dedos

troco gbp por tala antebrachiopalmar

Dr. Rubens A. B. Domanski  
Ortopedia - Traumatologia  
C.R.M-PR 23053-TEOT 11733  
HOSPITAL UNIMED FOZ



Atendimento: 478150

|                |                                       |             |           |                   |                        |
|----------------|---------------------------------------|-------------|-----------|-------------------|------------------------|
| Tipo:          | Consulta Ambulatorial                 | Prontuário: | 11717019  | Clínica:          | Ortopedia Ambulatorial |
| Paciente:      | Davi Lucas de Oliveira                | Sexo:       | Masculino | Estado:           | Solteiro               |
| Dt. Nasc.:     | 15/12/2006                            | RG:         | 128400850 | CPF:              |                        |
| Nacionalidade: | Brasileiro                            |             |           |                   |                        |
| End. Res.:     | TRAVESA LIMA BARRETO - JARDIM CENTRAL | Idade:      | 12 anos   | Fone:             | 998427555              |
| Cidade:        | -                                     | CEP:        | 85625562  | Celular:          | 998427555              |
| Responsável:   |                                       |             |           |                   |                        |
| Convenio:      | Particular                            | Guia:       |           |                   |                        |
| Matrícula:     |                                       |             |           |                   |                        |
| Médico:        | Rubens Arles Bettega Domaski          |             |           | CRM:              | 23053                  |
| Data Entrada:  | 11/11/2019 14:02:55                   |             |           | Tp Atend/Clín.:   | TISS                   |
| Observação:    |                                       |             |           | Horário Triagem:  | _____                  |
|                |                                       |             |           | Horário Consulta: | _____                  |

PA : \_\_\_\_\_ P : \_\_\_\_\_ T : \_\_\_\_\_ SPO2: \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_ Triagem : \_\_\_\_\_

1. Queixa Paciente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Exame Físico : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Exames Solicitados : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Diagnósticos : \_\_\_\_\_ CID : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Conduta : \_\_\_\_\_ Observações : \_\_\_\_\_

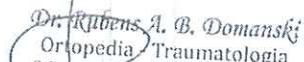
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Condições Saída : [ ] Alta [ ] Óbito [ ] Transf. [ ] Intern. Data Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Ass. do Paciente ou Responsável

  
Dr. Rubens A. B. Domaski  
Ortopedia / Traumatologia  
C.R.M.-PR 23053-TEOT 11733  
HOSPITAL UNIMED FOZ  
Ass. do Médico

| OPM Utilizadas     |  |  |  | 72 - Código do OPM | 74 - Descrição OPM | 75 - Qtd. | 76 - Fabricante       | 77 - Valor Unitário R\$ |                      |
|--------------------|--|--|--|--------------------|--------------------|-----------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| 1                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 2                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 3                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 4                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 5                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 6                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 7                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 8                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| 9                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    |                      |
| OPM Utilizadas     |  |  |  | 78 - Código do OPM | 80 - Descrição OPM | 81 - Qtd. | 82 - Código de Barras | 83 - Valor Unitário R\$ | 84 - Valor Total R\$ |
| 1                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 2                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 3                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 4                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 5                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 6                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 7                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 8                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 9                  |  |  |  |                    |                    |           |                       | 0,00                    | 0,00                 |
| 85 - Total OPM R\$ |  |  |  |                    |                    |           |                       |                         | 0,00                 |



# Sistema Secretaria Escolar

## Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

### Ficha Cadastral / Matrícula

#### Dados do Aluno

Nome: Davi Lucas de Oliveira (2943) Ano: 2019 Data Matrícula: 28/09/2018  
Curso: 7º Ano - Ensino Fundamental Turma: U  
Sexo: M Data Nascimento: 15/12/2006 Nacionalidade: Brasileira Turno: M  
Naturalidade: Foz do Iguaçu UF: PR Estado Civil: Solteiro  
Endereço: Travessa Lima Barreto, 849 Complemento:  
Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500  
Cert. Nascimento: 237191  
Cert. Nascimento Livro: 672A Cert. Nascimento Folha: 181  
Cert. Nascimento Termo:  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade:  
Identidade: 12.840.085-0 O. Exp: SESP UF: PR Data: 10/08/2009 CPF: Cert. Nascimento UF:  
E-Mail: rosyedavi@hotmail.com Cor/ Raça: Branca INEP 121934206538  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: Evangélica  
Nº:  
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 | Celular: 45999920547 |  
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Somente com os Pais  
Autorizo Imagem:



#### Dados do Pai

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022  
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849  
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500  
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:  
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

#### Dados da Mãe

CPF: 839400819-49 Nome: Rosyrene Mariano de Oliveira Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 20/03/1977 Estado Civil: Casado Identidade: 5.971.473-2 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 12/03/2003  
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849  
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500  
Cx. Postal: E-Mail: rosyedavi@hotmail.com Religião:  
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 | Celular: 45999920547 |

#### Dados do Responsável Legal

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022  
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849  
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500  
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:  
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

#### Dados do Responsável Financeiro

CPF: 016734069-71 Nome: Julio Cesar de Oliveira Nacionalidade: Brasileira  
Nascimento: 16/08/1974 Estado Civil: Casado Identidade: 6194222-0 O. Exp: SSP UF: MG Data Emissão: 20/10/2022  
Grau de Instrução: Ensino Médio completo Endereço: Travessa Lima Barreto, 849  
Complemento: Bairro: Jardim Central Cidade: Foz do Iguaçu UF: PR CEP: 85864-500  
Cx. Postal: E-Mail: juliocesar20062013@gmail.com Religião:  
Telefones: Residencial: 4535223717 | Celular: 45998427555 |

#### Deferimento

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[ ] Deferido [ ] Indeferido

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

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

Responsável

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Lucas de Oliveira  
**Nº da Carteirinha:** 5.20.2943  
**Instituição:** Colégio Adventista de Foz do Iguaçu



**Data de Nascimento:** 15/12/2006

**Nº da Guia:** 1849

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade            |
|--------------------|----------|-------|----------------------|
| 25/10/2019         | 11:30:00 | Pátio | Deslocamento interno |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Braço Direito   |

| Descrição             |
|-----------------------|
| Trauma braço direito. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Funcionário da Escola    | (45) 4053-9676 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

| Observações |
|-------------|
| Retroativo. |

Ass.: \_\_\_\_\_

Gabriel Milani

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br