

**MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Coordenadoria do ISS, ICMS e ITBI
VISCONDE DE TAUNAY, 950 - 84051900 - RONDA - PONTA GROSSA - PR**NFS-e Nota Fiscal de
Serviços Eletrônica**

Número: 42565

Dt. Emissão: 18/05/2020

Autenticidade: 724102771

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO ACESSANDO O SITE: <http://tributos.pontagrossa.pr.gov.br>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00026250 CNPJ/CPF: 80.242.746/0001-40 Regime Fiscal: SEM REGIME FISCAL

Nome/Razão Social: CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Nome Fantasia:

Endereço:

AVENIDA BALDUÍNO TAQUES, 1599 - CENTRO

Município/UF: PONTA GROSSA-PR

Fone/Fax: (42) 3225-2252

E-Mail: adm@clinicadefraturas.com

Insc. Estadual:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 15.116.763/0004-12 Insc. Estadual: ISENTA

Nome/Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO

Município/UF: CURITIBA-PR

CEP: 80.730-070

Fone/Fax:

E-Mail: jhon.coelho@adventistas.org.br

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:

401 MEDICINA E BIOMEDICINA.

CNAE:

8630502

Competência:
5/2020Local da Prestação do Serviço:
PONTA GROSSA-PRSituação da NFS-e:
EMITIDANatureza da Operação:
EXIGÍVEL**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

Prestação de Serviços (Fatura nº 13154)

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Prestação de Serviços (Fatura nº 13154)	1,00	674,00000	0,00	674,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	20,22000	Não
PIS	0,65000	4,38000	Sim
COFINS	3,00000	20,22000	Sim
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	1,50000	10,11000	Não
CSLL	1,00000	6,74000	Sim
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: Valor Total Descontos: 0,00 Valor Total das Deduções: 0,00 Valor Líquido da NFS-e: 642,66 Valor Total da NFS-e: 674,00

NFS-E Nº
42565

Recebemos de CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
ADVENTISTAData de Entrega:
07/04/2020Data do Vencimento:
07/05/2020

Conta	Guia de Atendimento Código do Proced.	Dt. Atend	Matricula	Num. Ficha	Paciente	Valor do Hospital	Serviço Profissional	Valor Total
211858	01	02/12/19	01	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00 ✓	100,00 ✓	148,00 ✓
211860	01	06/01/20	01	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00 ✓	100,00 ✓	148,00 ✓
211863	01 10101012	03/12/19	00	0008835/5	GABIANE OLIVEIRA DE LIMA	110,00 ✓	100,00 ✓	210,00 ✓
211861	01 10101012	10/12/19	01	0007114/1	MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE	68,00 ✓	100,00 ✓	168,00 ✓
Total de Contas: 4						274,00	400,00	674,00 ✓

OK

BES

Assinatura do Responsável
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

RESUMO FINANCEIRO DA FATURA: 13154

Convênio:
ADVENTISTA
Observações:

Data de Entrega: 07/04/2020 Data do Vencimento: 07/05/2020 Qtde de Contas: 4

Receitas Hospitalares

Tipo da Receita:	Valor
Exames Raio X	274,00
TOTAL GERAL:	274,00

Honorários Médicos

Médico Executante:	Quantidade	Valor
CARLOS CEZAR WOZNIAKI		
GABIANE OLIVEIRA DE LIMA	1	100,00
SubTotais:	1	100,00
TIAGO AUGUSTO COLFERAI		
AMANDA KOCH SCHEIFER	2	200,00
MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS	1	100,00
SubTotais:	3	300,00
TOTAL GERAL:	4	400,00

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 19751 Paciente: AMANDA KOCH SCHEIFER Data Nascimento: 13/07/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 02/12/19 - 15:54

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00		
Consulta Em consultório (no horário normal)								

Valor Total de Honorários: 100,00
Valor Total da Conta: 148,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 19751 Paciente: AMANDA KOCH SCHEIFER Data Nascimento: 13/07/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado :
AMANDA KOCH SCHEIFER

Médico :
25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 02/12/19 - 15:54

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	40803074	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00

Valor Total da Conta: R\$ 48,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira		5 - Validade da Carteira	
7 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER		6 - Atendimento a RN N	
8 - Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	
11 - Código CNES 2686988			
12 - Nome do Profissional Executante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 25663		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 02/12/2019 15:54		19 - Tipo de Consulta 4	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Dr. Tiago Augusto Colferai</i> Ortopedista e Traumatologista CRM/PR 25.663		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Melina Koch</i>	

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 02/12/2019

Data de Emissão: 08/05/2020

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo

LAUDO: BOM ALINHAMENTO DA FRATURA COM TIPOIA DE ABDUÇÃO, SEM PERDA DA REDUÇÃO DA FRATURA SEM A TIPOIA, BOM CONTATO ÓSSEO COM BOA FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO.

Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

ADVENTISTA

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

2 - N° da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N							
Dados do Beneficiário													
4 - Data da Autorização 02/12/2019	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER										
Dados do Solicitante													
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25663							
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 02/12/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela										
1	22	0040803074	25 - Código do Procedimento 001	26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	27 - Qtde. Solic 001	28 - Qtde. Aut.							
2													
3													
4													
5													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 80242745000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		31 - Código CNES 2686988										
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										
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data 02/12/2019	37 - Hora Inicial 15:54	38 - Hora Final a 15:54	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803074	41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	42 - Qtde 001							
1	02/12/2019	15:54	a 15:54	22	0040803074	001							
2													
3													
4													
5													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 05136246944	51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25663	54 - UF 41							
55 - Código CBO 225270													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1	02/12/2019	3	1	5	1	1							
2	1	4	1	6	1	1							
58 - Observação / Justificativa													
Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00							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\$) 48,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Tiago Augusto Colferai	68 - Assinatura do Contratado

Dr. Hugo

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: Camilla Lech Scheifer		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: 02/12/2019	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU:		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: Acompanhamento semanal para ver desenvol- vimento de fratura de úmero esquerdo ocorrido em aula de Ed. Física.		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME:	TELEFONE:	
NOME:	TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM A AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

Data: 02/12/19

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
19751	AMANDA KOCH SCHEIFER	13/07/2007	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
AMANDA KOCH SCHEIFER	25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI	01	01

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/01/20 - 16:52

CRM	Médico	CPF	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ	Valor Total
	Procedimento	Tipo do Ato							
25663	TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012		Clinico		100,00	1	0,00	0,000		100,00
	Consulta Em consultório (no horário normal)								

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 148,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 19751 Paciente: AMANDA KOCH SCHEIFER Data Nascimento: 13/07/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : 01 Guia : 01

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/01/20 - 16:52

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	40803074	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00
						Valor Total da Conta:	R\$ 48,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

2 - Nº da Guia do Prestador

GUIA DE CONSULTA

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 AMANDA KOCH SCHEIFER		8 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado		
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	11 - Código CNES 2686988
12 - Nome do Profissional Executante TIAGO AUGUSTO COLFERAI	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 25663
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 06/01/2020 16:15	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22
21 - Código do Procedimento 0010101012		22 - Valor do Procedimento 100.00
23 - Observação / Justificativa		
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Dr. Tiago Augusto Colferai</i> Ortopedista - Traumatologia CRM/PR 25.663		
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Amândia Koch</i>		

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 06/01/2020
Data de Emissão: 05/02/2020

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo

LAUDO: SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA DA FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO COM REMODELAÇÃO, CONSOLIDAÇÃO COM PEQUENO DESVIO EM VARO ACEITÁVEL

*Dr. Tiago Augusto Colferai*Ortopedista
CRM - 25.663

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização 06/01/2020		5 - Senha		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Qtde. Aut.	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR		27 - Qtde. Solic 001	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		28 - Qtde. Aut.	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/01/2020		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803074		26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988		32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 16:52		37 - Hora Inicial 16:52		38 - Hora Final 16:52		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803074	
41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL		42 - Qtde 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc 1,00		46 - Valor Red./Acresc 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq.Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 05136246944		51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 25663		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 48,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Solicitante		71 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS			
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Ammanda Koch Schufel</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>24/10/19</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Consulta para acompanhamento da evolução da fratura de úmero braço esquerdo ocasionada em aula de Ed Física.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM A AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorrrilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Koch Scheifer

Nº da Carteirinha: 3.23.3480

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 13/07/2007

Nº da Guia: 1896



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2019	08:40:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo

Descrição
A aluna caiu na quadra e bateu o braço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 3224-9142

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	24/10/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Pontagrossense de Fraturas	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno - Ponta Grossa/PR	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
Precisa dar continuidade ao tratamento, fisioterapia.

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 88355 Paciente: GABIANE OLIVEIRA DE LIMA Data Nascimento: 28/03/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : GABIANE OLIVEIRA DE LIMA Médico : 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI Matrícula : 00 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S83.5 - Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/12/19 - 17:34

CRM Médico

Procedimento	CPF	Tipo do Ato	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ	Valor Total
10145 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	592.945.239-34	Clinico							
10101012									
Consulta Em consultório (no horário normal				100,00	1	0,00	0,000		100,00

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 210,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 88355 Paciente: GABIANE OLIVEIRA DE LIMA Data Nascimento: 28/03/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : GABIANE OLIVEIRA DE LIMA Médico : 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI Matrícula : 00 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S83.5 - Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/12/19 - 17:34

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
Patela	40804062	2			55,00	110,00	
						110,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	110,00

Valor Total da Conta: R\$ 110,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

2 - Nº da Guia do Prestador

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário				
4 - Número da Carteira 00	5 - Validade da Carteira 31/12/2019	6 - Atendimento a RN N		
7 - Nome GABIANE OLIVEIRA DE LIMA		8 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado				
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	11 - Código CNES 2686988		
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 10145	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 03/12/2019 17:34	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012	22 - Valor do Procedimento 100,00
23 - Observação / Justificativa <i>Cartões pelos exames em SUELO</i>				
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Dr. Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145</i>		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[assinatura]</i>		

Paciente: 88355 - GABIANE OLIVEIRA DE LIMA

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 03/12/2019

Data de Emissão: 19/12/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Joelho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804062 - JOELHO - AXIAL

Lado(s): Direito SEM LESÃO OSSEA

40804062 - JOELHO - AXIAL

Lado(s): Esquerdo SEM LESÃO OSSEA

[assinatura]
Dr. Carlos Cezar Wozniaki
Ortopedista
CRM 18.891

ADVENTISTA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Aderimento a RN
4 - Data da Autorização 03/12/2019	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GABRIANE OLIVEIRA DE LIMA	18 - UF PR	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado			
8 - Número da Carteira 00		CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia			
Dados do Solicitante		16 - Conselho Profissional 06		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora 80242746000140		17 - Número no Conselho 10145		28 - Qtd. Aut.	
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 03/12/2019		27 - Qtd. Solic.	
23 - Indicação Clínica		26 - Descrição		28 - Qtd. Aut.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		27 - Qtd. Solic.	
1		22		001	
2		0040804062		001	
3		0040804062		001	
4		0040804062		001	
5		0040804062		001	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		2686988	
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		36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
1		17:44		22	
2		17:44		22	
3		17:44		22	
4		17:44		22	
5		17:44		22	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
1		03/12/2019		17:44	
2		03/12/2019		17:44	
3		03/12/2019		17:44	
4		03/12/2019		17:44	
5		03/12/2019		17:44	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
1		12		58294523934	
2		12		58294523934	
3		12		58294523934	
4		12		58294523934	
5		12		58294523934	
51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI					
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
06		10145		41	
55 - Código CBO		56 - Valor Unitário (R\$)		57 - Valor Total (R\$)	
225270		72,00		72,00	
225270		72,00		72,00	
225270		72,00		72,00	
225270		72,00		72,00	
225270		72,00		72,00	
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
59 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
1		03/12/2019		0,00	
2		03/12/2019		0,00	
3		03/12/2019		0,00	
4		03/12/2019		0,00	
5		03/12/2019		0,00	
59 - Observação / Justificativa DOR NOS JOELHOS					
62 - Total de Procedimentos (R\$)		63 - Total de Gases Medicinais (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
144,00		0,00		0,00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: **Gabiane Oliveira de Lima**

Nº da Carteirinha: 3.23.3062

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 28/03/2007

Nº da Guia: 1836

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2019	11:49:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava brincando em um dos brinquedos infláveis, quando o brinquedo murchou e ela caiu com o joelho no chão. Foi quando começou a sentir dor.

Testemunha da ocorrência

Izabel Aparecida Nogueira

Telefone

4299926-0114

Quem prestou primeiros socorros

Izabel Aparecida Nogueira

Data

02/12/2019

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

A aluna caiu e após algumas horas começou a sentir dores mais fortes.

Ass.:

Ester Noemi Oliveira De Ramos

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 71141 Paciente: MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS Data Nascimento: 27/02/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matricula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : M54.5 - Dor lombar baixa

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 10/12/19 - 18:03

CRM Médico

Procedimento	CPF	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44						
10101012	Clinico		130,00	1	0,00	0,000	130,00
Consulta Em consultório (no horário normal)							

Valor Total de Honorários: 130,00
Valor Total da Conta: 198,00

VALOR CORRIGIDO PI

R\$ 100,00, Brij.

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 71141 Paciente: MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS Data Nascimento: 27/02/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : M54.5 - Dor lombar baixa

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 10/12/19 - 18:03

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC	40802051	1			68,00	68,00	
						68,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	68,00

Valor Total da Conta: R\$ 68,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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
MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
2566315 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
10/12/2019 18:0319 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 71141 - MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 10/12/2019

Data de Emissão: 08/05/2020

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Coluna lombo sacra ap+p+o 3 inc

LAUDO DO EXAME:

40802051 - COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC

LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO

Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12-Atendimento a RN [N]	
4 - Data da Autorização 10/12/2019		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA EDUARDA KELLNER SPRENGER DE BARROS							
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 10/12/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040802051		26 - Descrição COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC		27 - Qtde. Solic 001	
28 - Qtde. Aut.													
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988									
32-Tipo de Atendimento 05		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 10/12/2019		37 - Hora Inicial 18:34		38 - Hora Final 18:34		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040802051		41 - Descrição COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC	
1		2		3		4		5		6		7	
8		9		10		11		12		13		14	
15		16		17		18		19		20		21	
22		23		24		25		26		27		28	
29		30		31		32		33		34		35	
36		37		38		39		40		41		42	
43		44		45		46		47		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	
288		289		290		291		292		293		294	
295		296		297		298		299		300		301	
302		303		304		305		306		307		308	
309		310		311		312		313		314		315	
316		317		318		319		320		321		322	
323		324		325		326		327		328		329	
330		331		332		333		334		335		336	
337		338		339		340		341		342		343	
344		345		346		347		348		349		350	
351		352		353		354		355		356		357	
358		359		360		361		362		363		364	
365		366		367		368		369		370		371	
372		373		374		375		376		377		378	
379		380		381		382		383		384		385	
386		387		388		389		390		391		392	
393		394		395		396		397		398		399	
400		401		402		403		404		405		406	
407		408		409		410		411		412		413	
414		415		416		417		418		419		420	
421		422		423		424		425		426		427	
428		429		430		431		432		433		434	
435		436		437		438		439		440		441	
442		443		444		445		446		447		448	
449		450		451		452		453		454		455	
456		457		458		459		460		461		462	
463		464		465		466		467		468		469	
470		471		472		473		474		475		476	
477		478		479		480		481		482		483	
484		485		486		487		488		489		490	
491		492		493		494		495		496		497	
498		499		500		501		502		503		504	
505		506		507		508		509		510		511	
512		513		514		515		516		517		518	
519		520		521		522		523		524		525	
526		527		528		529		530		531		532	
533		534		535		536		537		538		539	
540		541		542		543		544		545		546	
547		548		549		550		551		552		553	
554		555		556		557		558		559		560	
561		562		563		564		565		566		567	
568		569		570		571		572		573		574	
575		576		577		578		579		580		581	
582		583		584		585		586		587		588	
589		590		591		592		593		594		595	
596		597		598		599		600		601		602	
603		604		605		606		607		608		609	
610		611		612		613		614		615		616	
617		618		619		620		621		622		623	
624		625		626		627		628		629		630	
631		632		633		634		635		636		637	
638		639		640		641		642		643		644	
645		646		647		648		649		650		651	
652		653		654		655		656		657		658	
659		660		661		662		663		664		665	
666		667		668		669		670		671		672	
673		674		675		676		677		678		679	
680		681		682		683		684		685		686	
687		688		689		690		691		692		693	
694		695		696		697		698		699		700	
701		702		703		704		705		706		707	
708		709		710		711		712		713		714	
715		716		717		718		719		720		721	
722		723		724		725		726		727		728	
729		730		731		732		733		734		735	
736		737		738		739		740		741		742	
743		744		745		746		747		748		749	
750		751		752		753		754		755		756	
757		758		759		760		761		762		763	
764		765		766		767		768		769		770	
771		772		773		774		775		776		777	
778		779		780		781		782		783		784	
785		786		787		788		789		790		791	
792		793		794		795		796		797		798	
799		800		801		802		803		804		805	
806		807		808		809		810		811		812	
813		814		815		816		817		818		819	
820		821		822		823		824		825		826	
827		828		829		830		831		832		833	
834		835		836		837		838		839		840	
841		842		843		844		845		846		847	
848		849		850		851		852		853		854	
855		856		857		858		859		860		861	
862		863		864		865		866		867		868	
869		870		871		872		873		874		875	
876		877		878		879		880		881		882	
883		884		885		886		887		888		889	
890		891		892		893		894		895		896	
897		898		899		900		901		902		903	
904		905		906		907		908		909		910	
911		912		913		914		915		916		917	
918		919		920		921		922		923		924	
925		926		927		928		929		930		931	
932		933		934		935		936		937		938	
939		940		941		942		943		944		945	
946		947		948		949		950		951		952	
953		954		955		956		957		958		959	
960		961		962		963		964		965		966	
967		968		969		970		971		972		973	
974		975		976		977		978		979		980	
981		982		983		984							

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Kellner Sprenger de Barros

Nº da Carteirinha: 3.23.3466

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 07/02/2012

Nº da Guia: 1894



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/12/2019	17:45:00	Quadra	Recreação

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição
Durante a recreação a criança escorregou e caiu no pátio

Testemunha da ocorrência	Telefone
Clarice Scheunemann Cavalcante	(42) 3224-9142

Quem prestou primeiros socorros	Data
Clarice Scheunemann Cavalcante	10/12/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Pontagrossense de Fraturas	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno - Ponta Grossa/PR	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
A criança escorregou caiu e bateu as costas.

Ass.: _____


Simone Ribas Schrott

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