

LOCAL DO PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE INTEGRADA BANRISUL				OFFICE BANKING ONLINE	VENCIMENTO 30/07/2021	
BENEFICIÁRIO URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOL - 91.149.294/0001-73 AV ASSIS BRASIL, 2959 - PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91010007				CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0042 0329060 81		
DATA DO DOCUMENTO 09/07/2021	NÚMERO DO DOCUMENTO NF 537	ESPÉCIE DOC 8050/CB	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO 09/07/2021	NOSSO NÚMERO 6205023788	
USO DO BANCO	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	(X) VALOR	VALOR DOCUMENTO R\$ 350,57		
INSTRUÇÕES / OBSERVAÇÕES A PARTIR DE 01/08/2021 JUROS AO DIA DE R\$ 2,00 A PARTIR DE 01/08/2021 COBRAR MULTA DE R\$ 2,00 PROTESTAR CASO IMPAGO 5 DIAS APOS VENCIMENTO				EMISSÃO EM 09/07/2021		(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
						(+) MORA / MULTA
						(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
						(=) VALOR COBRADO
PAGADOR SACADOR / AVALISTA	INSTUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S - CNPJ: 15116763000331 MATIAS JOSE BINS 581 PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91330290					

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LOCAL DO PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE INTEGRADA BANRISUL				OFFICE BANKING ONLINE	VENCIMENTO 30/07/2021	
BENEFICIÁRIO URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOL - 91.149.294/0001-73 AV ASSIS BRASIL, 2959 - PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91010007				CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0042 0329060 81		
DATA DO DOCUMENTO 09/07/2021	NÚMERO DO DOCUMENTO NF 537	ESPÉCIE DOC 8050/CB	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO 09/07/2021	NOSSO NÚMERO 6205023788	
USO DO BANCO	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	(X) VALOR	VALOR DOCUMENTO R\$ 350,57		
INSTRUÇÕES / OBSERVAÇÕES A PARTIR DE 01/08/2021 JUROS AO DIA DE R\$ 2,00 A PARTIR DE 01/08/2021 COBRAR MULTA DE R\$ 2,00 PROTESTAR CASO IMPAGO 5 DIAS APOS VENCIMENTO				EMISSÃO EM 09/07/2021		(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
						(+) MORA / MULTA
						(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
						(=) VALOR COBRADO
PAGADOR SACADOR / AVALISTA	INSTUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S - CNPJ: 15116763000331 MATIAS JOSE BINS 581 PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91330290					

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/537Emitida em:
09/07/2021 às 12:25:58Competência:
09/07/2021Código de Verificação:
54e997a7**URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA**

CPF/CNPJ: 91.149.294/0001-73

Inscrição Municipal: 07280726

AV ASSIS BRASIL, 2827, AP/SL 517, CRISTO REDENTOR - Cep: 91010-006

Porto Alegre

RS

Telefone: (51)3363-5000

Email: urgetrauma@urgetrauma.com.br

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 15.116.763/0003-31

Inscrição Municipal: 26439328

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

R MATIAS JOSE BINS, 581, TRES FIGUEIRAS - Cep: 91330-290

Porto Alegre

RS

Telefone: Não informado

Email: Não Informado

Discriminação do(s) Serviço(s)

SERVIÇOS PRESTADOS DE TRAUMATOLOGIA

Código de Tributação Municipal:

40300100 / Serviços de hospitais, clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.03 / Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 / Porto Alegre

Natureza da Operação:

Tributação no município

Valor dos serviços:	R\$ 367,67	Valor dos serviços:	R\$ 367,67
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 17,10	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 367,67
Valor Líquido:	R\$ 350,57	(x) Alíquota:	2%
		(=)Valor do ISS:	R\$ 7,35

Retenções Federais:

PIS: R\$ 2,39 COFINS: R\$ 11,03 CSLL: R\$ 3,68

**Prefeitura de Porto Alegre - Secretaria da Fazenda**

Rua Siqueira Campos, 1300 - 4º andar - Bairro Centro Histórico - CEP: 90.010-907 - Porto Alegre RS.

Tel: 156 (opção 4) ou (51) 3289-0156 (chamadas de outras cidades)

<https://servicos.procompa.com.br>

Escola Adventista

Carimbo do Medico ou Servico

FATURA/RELACAO DE NOTAS DE SERVICIO

Porto Alegre

COMPETENCIA Junho de 2021

25/06/2021	DAVI RODRIGUES	9449751	10.10.103-9 1	98.87	
			30.71.103-7		
18/06/2021	LUAN CALIXTO VARGAS		10.10.103-9 2	132.87	
			30.72.242-0		
			40.80.312-0	32.36	
04/06/2021	MIGUEL DE CASTRO BRUMMELHAUS		30.71.101-0 3	21.21	
11/06/2021	MIGUEL DE CASTRO BRUMMELHAUS	3175	10.10.103-9 4	50.00	
			40.80.312-0	32.36	
			Matricula	Total	367.67

~~ATA~~: 09/07/2021

Nome: DAVI RODRIGUES

Guia: 1

Matricula: 9449751

Data: 25/06/2021

Descricao do Procedimento	codigo	valor
CONSULTA	10101039	50.00
Imob. prov. superior (tala baixa)	30711037	8.00
	Sub-Total....	58.00

Descricao	qtd.	val.unid.	valor
TAXA SALA/COLOCACAO, TROCA, RETIRADA	1	8.00	8.00
Algodao laminado 10cm rolo	2	6.69	13.38
Atadura crepe 08cm rolo	2	2.96	5.92
Atadura gessada 10cm rolo	1	13.57	13.57
	Sub-Total....		40.87
	Total.....		98.87

NOVENTA E OITO REAIS E OITENTA E SETE CENTAVOS

Escola Adventista
TR10621-2-URGETRAUMA - Pronto Socorro Traumatologico Ltda

Nome: LUAN CALIXTO VARGAS

Guia: 2

Matricula:

Data: 18/06/2021

Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA		10101039	50.00
Tto. cons. fratura metacarpianos		30722420	42.00
	Sub-Total....		92.00

Descricao	Recursos Complementares Terapeuticos e Diagnosticos	codigo	valor
Mao ou quirodactilos		40.80.312-0	30.03
filme 0.0864 m2		40.80.312-0	2.33
	Sub-Total....		32.36

Descricao	Materiais Medicamentos e Outros Recursos	qtd.	val.unid.	valor
TAXA SALA/COLOCACAO, TROCA, RETIRADA		1	8.00	8.00
Algodao laminado 10cm rolo		2	6.69	13.38
Atadura crepe 08cm rolo		2	2.96	5.92
Atadura gessada 10cm rolo		1	13.57	13.57
	Sub-Total....			40.87
	Total.....			165.23

CENTO E SESENTA E CINCO REAIS E VINTE E TRES CENTAVOS

Escola Adventista
TR10621-3-URGETRAUMA - Pronto Socorro Traumatologico Ltda

Nome: MIGUEL DE CASTRO BRUMMELHAUS Guia: 3

Matricula: Data: 04/06/2021

Servicos Profissionais		codigo	valor
Descricao do Procedimento			
TALA DE ZIMMER		30711010	8.00
		Sub-Total....	8.00

Materiais Medicamentos e Outros Recursos		qtd.	val.unid.	valor
Descricao				
TAXA DE IMOB NAO GESSADA		1	4.16	4.16
TALA DE ALUMINIO		1	2.24	2.24
Atadura crepe 10cm rolo		1	3.48	3.48
Esparadrapo 10cm		1	3.33	3.33
		Sub-Total....		13.21
		Total.....		21.21

VINTE E UM REAIS E VINTE E UM CENTAVOS

Escola Adventista
TR10621-4-URGETRAUMA - Pronto Socorro Traumatologico Ltda

Nome: MIGUEL DE CASTRO BRUMMELHAUS Guia: 4

Matricula: 3175 Data: 11/06/2021

Servicos Profissionais		codigo	valor
Descricao do Procedimento			
CONSULTA		10101039	50.00
		Sub-Total....	50.00
Recursos Complementares Terapeuticos e Diagnosticos		codigo	valor
Descricao			
Mao ou quirodactilos		40.80.312-0	30.03
filme 0.0864 m2		40.80.312-0	2.33
		Sub-Total....	32.36
		Total.....	82.36

OITENTA E DOIS REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Semha 6 - Data Validade da Semha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 11 - Nome DAVI RODRIGUES (C)

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado 11 - Nome DAVI RODRIGUES (C)

15 - Nome do Profissional Solicitante 14 - Nome do Contratado Urgetrauma Pronto Socorro Traumatologico Ltda.

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 27 - Qlde.Solic. 28 - Qlde. Aut.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qlde.Solic. 28 - Qlde. Aut.

1 - 2 - 3 - 4 - 5 -

Dados do Contratado Executante 30 - Nome do Contratado Urgetrauma Pronto Socorro Traumatologico Ltda. 31 - Código CNES 2264064

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acess. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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 do 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPM (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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS 3-Numero da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5-Serha 6 - Data Validade da Serha

8-Numero da Carteira 9-Validade da Carteira 11-Nome

7-Numero da Guia Atribuido pela Operadora MIGUEL DE CASTRO BRUNNELHAUS (C)

11-Cartão Nacional de Saúde 12-Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13-Código na Operadora 14-Nome do Contratado

15-Nome do Profissional Solicitante 16-Conselho Profissional

17-Numero no Conselho 18-UF

19-Código CBO 20-Assinatura do Profissional Solicitante

14-Nome do Contratado 16-Conselho Profissional

17-Numero no Conselho 18-UF

19-Código CBO 20-Assinatura do Profissional Solicitante

21-Código na Operadora 22-Data da Solicitação

23-Indicação Clínica

24-Tabela 25-Código do Procedimento 26-Descrição

27-Qlde.Solic. 28-Qlde.Aut.

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21-Carêter do Atendimento 22-Data da Solicitação

23-Indicação Clínica

24-Tabela 25-Código do Procedimento 26-Descrição

27-Qlde.Solic. 28-Qlde.Aut.

29-Código na Operadora 30-Nome do Contratado

31-Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento 33-Indicação de Acidente (acidente ou doença)

34-Tipo de Consulta 35-Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1- Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42-Qlde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
01	04/06/2021	11:59	11	30111012	Imob. provisória	21				800	800
2-											
3-											
4-											
5-											

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-Numero do Conselho

54-UF 55-Código CBO

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

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 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

1 - Registro ANS 3-Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5-Senha 6 - Data Validade da Senha

7-Número da Guia Atribuído pela Operadora

8-Número da Carteira 3175 9-Validade da Carteira 04/06/2021 11-Nome MIGUEL DE CASTRO BRUMMELHAUS (C) 11-Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13-Código na Operadora 14-Nome do Contratado Urgetrauma Pronto Socorro Traumatologico Ltda.

15-Nome do Profissional Solicitante PAULO VELASCO 16-Conselho Profissional 6 17-Número no Conselho 22048 18-UF 43 19-Código CBO 225270 20-Assinatura do Profissional Solicitante Paulo V. Velasco
CPF: 5720450

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21-Caráter do Atendimento 2 22-Data da Solicitação 11/06/2021 23-Indicação Clínica fratura no SE BOM

24-Tabela

25-Código do Procedimento ou Item Assistencial	26-Descrição	27-Qtd. Solic.	28-Qtd. Aut.
1.	CELESTUM		
2.	RENA MIC G Aprox		
3.			
4.			
5.			

Dados do Contratado Executante

29-Código na Operadora 30-Nome do Contratado Urgetrauma Pronto Socorro Traumatologico Ltda. 31-Código CNES 2264064

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento 0 4 33-Indicação de Acidente (adidente ou doença relaçio: 34-Tipo de Consulta 35-Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39>Tabela	40-Código do Procedimento	41 - Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1- 11/06/2021	10:59		16	151233	Compu	1				50,00	50,00
2.			11	4304115	fe nos	2				32,36	32,36
3.											
4.											
5.											

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

48-Seq Ref 49-Grau Part 50-Código na Operadora/CPF 51-Nome do Profissional Paulo Velasco 52-Conselho Profissional 53-Número do Conselho 22045 54-UF 55-Código CBO 431214

Paulo V. Velasco
CPF: 5720450

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

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPM (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 82,36

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

URGETRAUMA-Av.: Assis Brasil N° 2959 – 3363-5000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO					
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Luam Calixto Vargas</i>		N° DA MATRÍCULA: <i>2936</i>			
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: ESCOLA ADVENTISTA DE ALVORADA		TELEFONE: 30448350			
ENDEREÇO: RUA ARY MULLER N° 222		CIDADE: ALVORADA	UF: RS		
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>18/06/2021</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?			
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>15:00</i>	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Estava correndo no pátio, tropeçou e caiu bozinho, machucando a mão direita.</i>				
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio da escola</i>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72 </td> <td style="text-align: center;"> Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72 </td> </tr> </table>			Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72	Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72
Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72	Escola Adventista de Ensino Fundamental de Alvorada Rua Ary Müller nº 222 - Jd. Maringá CEP 94810-470 - Alvorada/RS Fone: (51) 3044 8350 Email: seceaa.acsr!@adventistas.org.br Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93 CNPJ 87.115.838/0048-72				
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE: <i>985276294</i>			
NOME: <i>Jefferson Tavares Vieira</i>		TELEFONE: <i>989340200</i>			
NOME: <i>Lucas Duarte</i>					
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?					
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:					
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:					
DATA DE EMISSÃO: <i>18/06/2021</i>	ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO: <i>Jefferson T. Vieira.</i>				
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):					

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

URGETRAUMA-Av.: Assis Brasil N° 2959 – 3363-5000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Miguel Castro		N° DA MATRÍCULA: 3175	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: ESCOLA ADVENTISTA DE ALVORADA		TELEFONE: 30448350	
ENDEREÇO: RUA ARY MULLER N° 222		CIDADE: ALVORADA	UF: RS

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU:		

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

Retorno.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:	
NOME:	TELEFONE:
NOME:	TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO: 10/06/21	ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:
-------------------------------------	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Dados do Aluno

Ano: **2021**

Data Matrícula: **09/10/2020**

Nome: **Davi Rodrigues (9751)** Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **51M**
Sexo: **M** Data Nascimento: **23/11/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Porto Alegre** UF: **RS** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Senegal, 240** Complemento: **5**
Bairro: **Vila Ipiranga** Cidade: **Porto Alegre** UF: **RS** CEP: **91370-270**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **RSPN 6ª zona**
Cert. Nascimento Cidade: **Porto Alegre** Cert. Nascimento UF: **RS**
Identidade: **6133255734** O.Exp: **SSP** UF: **RS** Data: **01/11/2016** CPF: **600993840-60** INEP **122205411348**
E-Mail: Cor/ Raça: Religiao: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: **O +** Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **5130190979** | Celular: **5181075842** | Celular: **51983401642** | Celular: **51984965694** |
Pode sair sozinho? **Não** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **608665780-72** Nome: **Evandro Rodrigues** Naturalidade: **Porto Alegre - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8045058081** O. Exp: **CNH** UF: **RS** Data Emissão: **04/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Avenida Dom Cláudio José Gonçalves Ponce de Leão, 140**
Complemento: **709** Bairro: **Vila Ipiranga** Cidade: **Porto Alegre** UF: **RS** CEP: **91370-170**
Cx. Postal: E-Mail: **evan-dri@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **51983401642** |

Dados da Mãe

CPF: **712722590-72** Nome: **Gisele Rodrigues** Naturalidade: **Porto Alegre - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **05/11/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **1009265347** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **06/07/2016**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Dom Cláudio José Gonçalves Ponce de Leão, 140**
Complemento: **709** Bairro: **Vila Ipiranga** Cidade: **Porto Alegre** UF: **RS** CEP: **91370-170**
Cx. Postal: E-Mail: **gisdrigues@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Celular: **51984965694** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **608665780-72** Nome: **Evandro Rodrigues** Naturalidade: **Porto Alegre - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8045058081** O. Exp: **CNH** UF: **RS** Data Emissão: **04/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Avenida Dom Cláudio José Gonçalves Ponce de Leão, 140**
Complemento: **709** Bairro: **Vila Ipiranga** Cidade: **Porto Alegre** UF: **RS** CEP: **91370-170**
Cx. Postal: E-Mail: **evan-dri@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **51983401642** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **608665780-72** Nome: **Evandro Rodrigues** Naturalidade: **Porto Alegre - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **27/08/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8045058081** O. Exp: **CNH** UF: **RS** Data Emissão: **04/03/2016**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Avenida Dom Cláudio José Gonçalves Ponce de Leão, 140**
Complemento: **709** Bairro: **Vila Ipiranga** Cidade: **Porto Alegre** UF: **RS** CEP: **91370-170**
Cx. Postal: E-Mail: **evan-dri@hotmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Celular: **51983401642** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **09/10/2020 08:06:20**

[X] Deferido [] Indeferido

Joao Cesi Lopes dos Santos
Administrador Escolar - Ato nº

COLÉGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON

Rua Mali, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230

Fone/Fax.: (51) 3349.6600 - Porto Alegre - RS

Port. SEC 2272/87 - Par. CEE 962/86

CPF: 87.115.838/0007-02

Simone Lodi de Freitas

Secretário(a) - Ato nº RG:8069270331

Autenticação:

af80f4183579f8b0fc51bc575b45a6a7

Evandro Rodrigues

davidavirodrigues2010@hotmail.com

Aceite em: 09/10/2020 08:06:20

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Rodrigues
Nº da Carteira: 9.44.9751
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon



Data de Nascimento: 23/11/2010

Nº da Guia: 3487

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/06/2021	10:51:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno machucou a mão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus Silveira	(51) 98461-0432

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cheila Carvalho	25/06/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA	AV. ASSIS BRASIL	295 9	CRISTO REDENTOR	51 3341-1302 (51) 3363-5000

Observações
Vai com a Mãe

Ass.:

William Marques Gouvea

COLÉGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON
Rua Mali, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230
Fone/Fax.: (51) 3349.6600 - Porto Alegre - RS
Port. SEC 2272/87 - Par. CEE 962/86
CNPJ: 87.415.838/0007-02

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, 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:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br