

LOCAL DO PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE INTEGRADA BANRISUL					OFFICE BANKING ONLINE	VENCIMENTO 27/08/2021
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 29/07/2021	NÚMERO DO DOCUMENTO NF 610	ESPÉCIE DOC 8050/CB	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO 29/07/2021		NOSSO NÚMERO 6211067088
USO DO BANCO	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	(X) VALOR		VALOR DOCUMENTO R\$ 355,06	
INSTRUÇÕES / OBSERVAÇÕES A PARTIR DE 28/08/2021 JUROS AO DIA DE R\$ 2,00 A PARTIR DE 28/08/2021 COBRAR MULTA DE R\$ 2,00 PROTESTAR CASO IMPAGO 5 DIAS APOS VENCIMENTO					EMISSÃO EM 29/07/2021	
					(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS	
					(+ ) MORA / MULTA	
					(+ ) OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(-) VALOR COBRADO		
PAGADOR INSTUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S - CNPJ: 15116763000331 MATIAS JOSE BINS 581 PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91330290					SACADOR / AVALISTA	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LOCAL DO PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE INTEGRADA BANRISUL					OFFICE BANKING ONLINE	VENCIMENTO 27/08/2021
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 29/07/2021	NÚMERO DO DOCUMENTO NF 610	ESPÉCIE DOC 8050/CB	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO 29/07/2021		NOSSO NÚMERO 6211067088
USO DO BANCO	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	(X) VALOR		VALOR DOCUMENTO R\$ 355,06	
INSTRUÇÕES / OBSERVAÇÕES A PARTIR DE 28/08/2021 JUROS AO DIA DE R\$ 2,00 A PARTIR DE 28/08/2021 COBRAR MULTA DE R\$ 2,00 PROTESTAR CASO IMPAGO 5 DIAS APOS VENCIMENTO					EMISSÃO EM 29/07/2021	
					(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS	
					(+ ) MORA / MULTA	
					(+ ) OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(-) VALOR COBRADO		
PAGADOR INSTUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE S - CNPJ: 15116763000331 MATIAS JOSE BINS 581 PORTO ALEGRE/RS - CEP: 91330290					SACADOR / AVALISTA	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

**Nº:2021/610**Emitida em:  
**29/07/2021** às 09:40:01Competência:  
**29/07/2021**Código de Verificação:  
**4981f0ab****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

OBS: ATENDIMENTOS REALIZADOS NO MÊS DE MAIO/2021

**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\$ 372,37****Valor dos serviços: R\$ 372,37**

(-) Descontos: R\$ 0,00

(-) Deduções: R\$ 0,00

(-) Retenções Federais: R\$ 17,31

(-) Desconto Incondicionado: R\$ 0,00

(-) ISS Retido na Fonte: R\$ 0,00

**(=) Base de Cálculo: R\$ 372,37****Valor Líquido: R\$ 355,06**

(x) Alíquota: 2%

**(=)Valor do ISS: R\$ 7,45****Retenções Federais:**

PIS: R\$ 2,42 COFINS: R\$ 11,17 CSLL: R\$ 3,72



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.procempa.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

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)**

12 - Atendimento a RN:

Dados do Solicitante: **9449751**

13 - Código na Operadora:  14 - Nome do Contratado: **Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.**

15 - Nome do Profissional Solicitante: **Paulo Veloso**

16 - Conselho Profissional: **6**

17 - Número no Conselho: **0 22047**

18 - UF: **43**

19 - Código CBO: **225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: **Paulo A. Veloso**

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento: **2**

22 - Data da Solicitação: **25/06/2021**

23 - Indicação Clínica: **CONTUSÃO NO POLEGAR A D. MEIN**

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

1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora:  30 - Nome do Contratado: **Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.**

31 - Código CNIES: **2264064**

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

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./Acess.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -	25/06/2021	11:44									
2 -											50,00
3 -											8,00
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 A. Veloso**

52 Conselho Profissional: **6**

53 Número do Conselho: **22047**

54 UF: **43**

55 Código CBO: **225270**

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série: **21/12** 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: **Paulo A. Veloso**

58 - Observação / Justificativa: **Contusão no polegar a D. Mein**

59 - Total de Procedimentos (R\$):  60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$): **8,00** 61 - Total de Materiais (R\$): **34,89** 62 - Total de OPM (R\$):

63 - Total de Medicamentos (R\$):  64 - Total de Gases Medicinais (R\$):  65 - Total Geral (R\$): **38,89**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:  67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: **Paulo A. Veloso**

# 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.:

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

William Marques Gouvea

**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

**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

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

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:  0 9 - Validade da Carteira:  18/06/2021 11 - Nome:  LUAN CALIXTO VARGAS (C) 12 - Atendimento a RN:  N

13 - Código na Operadora:  14 - Nome do Contratado:  *Luana Calixto Vargas*

15 - Nome do Profissional Solicitante:  *Luana Calixto Vargas*

16 - Conselho Profissional:  6 17 - Número no Conselho:  0 18 - UF:  43 19 - Código CBO:  225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante: *Dr. Ricardo Rocha Gobbo*

21 - Caracter de Atendimento:  2 22 - Data da Solicitação:  18/06/2021 23 - Indicação Clínica:  *155na 17ppm 2012*

24 - Tabela:  25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial:  26 - Descrição:  *20129* 27 - Qtd. Solic.:  28 - Qtd. Aut.:

29 - Código na Operadora:  30 - Nome do Contratado:  *Urtrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.* 31 - Código CNES:  2264064

32 - Tipo de Atendimento:  04 33 - Indicação de Acidente ou doença:  *Urtrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.* 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- 18/06/2021	17:31	17:31	11	40612123	Consulta	1				50,00	50,00
2-			11	429512	Reju	1				32,36	32,36
3-			11	3997412	TTO - comorb	1				42,00	42,00

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

48 - Seq. Rel:  49 - Grau Part:  50 - Código na Operadora/CPF:  *82113333333333* 51 - Nome do Profissional:  *Luana Calixto Vargas*

52 - Conselho Profissional:  6 53 - Número do Conselho:  29406 54 - UF:  55 - Código CBO:  431112

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

1-  3-  5-

2-  4-  6-  7-  8-  9-  10-

58 - Observação / Justificativa:

59 - Total de Procedimentos (R\$):  60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$):  8,00 61 - Total de Materiais (R\$):  32,87 62 - Total de OPME (R\$):  63 - Total de Medicamentos (R\$):  64 - Total de Casos Medicinais (R\$):  65 - Total Geral (R\$):  165,23

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: <b>ESCOLA ADVENTISTA DE ALVORADA</b>		TELEFONE: <b>30448350</b>			
ENDEREÇO: <b>RUA ARY MULLER N° 222</b>		CIDADE: <b>ALVORADA</b>	UF: <b>RS</b>		
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)

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

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  PAULO VELASCO

16-Conselho Profissional  6

17-Numero no Conselho  22048

18-UF  43

19-Código CBO  225270

20-Assinatura do Profissional Solicitante

21-Código do Atendimento  2

22-Data da Solicitação  04/06/2021

23-Indicação Clínica

24-Tabela  25-Código do Procedimento  26-Descrição

27-Qtd-Solic.  28-Qtd-Aut.

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21-Código do Atendimento  22-Data da Solicitação  23-Indicação Clínica

24-Tabela  25-Código do Procedimento  26-Descrição

27-Qtd-Solic.  28-Qtd-Aut.

Dados do Contratado Executante

29-Código na Operadora  30-Nome do Contratado

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

1- 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\$)
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

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

**COLEGIO ADVENTISTA** **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

1 - Registro ANS 3-Número da Guia Principal

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

Dados do Beneficiário 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)**

Dados do Solicitante 12-Atendimento a RN **N**

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**

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados 21-Caráter do Atendimento **2** 22-Data da Solicitação **11/06/2021** 23-Indicação Clínica **Fatura no SE BOM** 24-Tabela **25-Código do Procedimento ou Item Assistencial** 26-Descrição **CEASSEM** 27-Qtd. Solic. **1** 28-Qtd. Aut. **1**

1.									
2.									
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 **04** 33-Indicação de Acidente (adiente ou doença relaçio: **2** 34-Tipo de Consulta **1** 35-Motivo de Encerramento do Atendimento **2**

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										
2.											
3.											
4.											
5.											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 52-Conselho Profissional 53-Número do Conselho 54-UF 55-Código CBO

48-Seq Ref **49-Grau Part** **50-Código na Operadora/CPF** **51-Nome do Profissional**

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\$)

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

579942 - 2370450 - WAGNER PEIXOTO



# 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: <b>Miguel Castro</b>		N° DA MATRÍCULA: <b>3475</b>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <b>ESCOLA ADVENTISTA DE ALVORADA</b>		TELEFONE: <b>30448350</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA ARY MULLER N° 222</b>		CIDADE: <b>ALVORADA</b>	UF: <b>RS</b>

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: <b>10/06/21</b>	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)

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