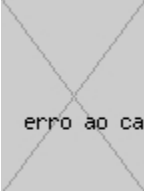


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI SERVICOS HOSPITALARES LTDA</b><br><b>CNPJ: 88.051.750/0001-33</b><br>Av DORIVAL CANDIDO LUZ DE OLIVEIRA, 459<br>CEP: 94030-001 - Bairro: CENTRO<br>Município: GRAVATAI - RS<br>Telefone: (51) 34881178<br>Email: marines@iogfraturas.com.br<br><b>Insc. Municipal: 29860</b> | Número da NFS-e<br><b>70281</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Situação<br><b>Emitido</b>      |                                                                                     |

## Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

|                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
|  <b>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA | Autenticidade<br><b>0186830032737666</b> |                                 |
|                                                                                                                                                                                                    | Data Emissão<br><b>15/07/2021</b>        | Hora Emissão<br><b>08:18:27</b> |

### TOMADOR DO SERVIÇO

|                                                                 |                  |                                      |
|-----------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| Nome Fantasia<br>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                  |                                      |
| Razão Social<br>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  |                  | CPF/CNPJ<br>15.116.763/0003-31       |
| Endereço<br>Rua MATIAS JOSÉ BINS                                | Número<br>581    | Complemento                          |
| Bairro<br>TRES FIGUEIRA                                         | CEP<br>90000-001 | Cidade - Estado<br>PORTO ALEGRE - RS |

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prest. | Alíquota | Sit. Trib. | Vlr. Trib. | Dedução | Vlr. ISSRF |
|---------|--------------|----------|------------|------------|---------|------------|
| 403     | 8683         | 3.5000 % | TI         | 241,81     | 0,00    | 0,00       |

#### Descrição do Serviço:

VALOR REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS.

| Base de Cálculo | Valor ISSQN  | Valor ISSRF  | Desconto       | Valor Total |  |
|-----------------|--------------|--------------|----------------|-------------|--|
| 241,81          | 8,46         | 0,00         | 0,00           | 241,81      |  |
| IR<br>0,00      | INSS<br>0,00 | CSLL<br>2,41 | COFINS<br>7,25 | PIS<br>1,57 |  |

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03

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

Legenda do local da prestação do serviço

8683 - GRAVATAI - RS

Outras Informações

TI - Tributado Integralmente

(403) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 237/2014 de 27/06/2014.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 16/08/2021.

A veracidade das informações declaradas na NFs-e podem ser consultadas no site: <https://www.nfs-e.net>.

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 32,52 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 5,05 (2.0900%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

COMPETÊNCIA 05/2021.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

Documento seguro, emitido com gravação automática no servidor de banco de dados do Município.

**INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.**

AV. DORIVAL DE OLIVEIRA, 459  
CENTRO - GRAVATAI / RS -  
88.051.750/0001-33

Total de Paginas 1  
Filtrado Por: Convenio: ADVENTISTA  
Medico: Todos  
Fatura: 2841

Sex, 11 jun 2021 10:46:02

**822312 - MELLYSSA OLIVEIRA MENEGOTTO****Medico: LUIZ ANICET****Data: 13/05/2021****Documento:****Matricula: 3953**

|              |                     |                 |             |                 |             |
|--------------|---------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| Total Exames | Total Procedimentos | Total Materiais | Total Taxas | Total Consultas | Total Geral |
| R\$ 31,90    | R\$ 8,00            | R\$ 7,70        | R\$ 3,68    | R\$ 80,00       | R\$ 131,28  |

**822855 - RAFAEL ALMEIDA KUHN****Medico: LUIZ ANICET****Data: 19/05/2021****Documento:****Matricula: 3527**

|              |                     |                 |             |                 |             |
|--------------|---------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| Total Exames | Total Procedimentos | Total Materiais | Total Taxas | Total Consultas | Total Geral |
| R\$ 33,15    | R\$ 42,00           | R\$ 22,95       | R\$ 12,42   | R\$ 0,00        | R\$ 110,52  |

|                             |                  |                     |
|-----------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Total Materiais:</b>     | <b>R\$ 30,65</b> | <b>Total Geral:</b> |
| <b>Total Taxas:</b>         | <b>R\$ 16,10</b> | <b>R\$ 241,81</b>   |
| <b>Total Exames:</b>        | <b>R\$ 65,06</b> |                     |
| <b>Total Procedimentos:</b> | <b>R\$ 50,00</b> |                     |
| <b>Total Consultas:</b>     | <b>R\$ 80,00</b> |                     |
| <b>Total Laudos:</b>        | <b>2</b>         |                     |

Lista de Atendimento P/Fatura

INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI LTDA.  
88.051.750/0001-33  
AV. DORIVAL DE OLIVEIRA, 459  
GRAVATAI - CENTRO / RS

Paciente: 208857 - MELLYSSA OLIVEIRA MENEGOTTO  
Convenio: ADVENTISTA  
Matricula: 3953

Fatura: 2841

Total Laudos: 2

| Atendimento | Paciente | Convenio | Data Atendimento | Documento | SENHA | Medico Resp. |
|-------------|----------|----------|------------------|-----------|-------|--------------|
|-------------|----------|----------|------------------|-----------|-------|--------------|

|        |                             |            |                    |  |  |                  |
|--------|-----------------------------|------------|--------------------|--|--|------------------|
| 822312 | MELLYSSA OLIVEIRA MENEGOTTO | ADVENTISTA | 2021-05-13 - 18:16 |  |  | LUIZ ANICET-5417 |
|--------|-----------------------------|------------|--------------------|--|--|------------------|

| Amb | Descrição | Qtd | Tipo Tab. | Part | Des | Unit. | Valor |
|-----|-----------|-----|-----------|------|-----|-------|-------|
|-----|-----------|-----|-----------|------|-----|-------|-------|

|          |                             |   |    |      |      |           |           |
|----------|-----------------------------|---|----|------|------|-----------|-----------|
| 40803120 | (Ex) RX MAO OU QUIRODACTILO | 1 | 00 | (0%) | (0%) | R\$ 31,90 | R\$ 31,90 |
|----------|-----------------------------|---|----|------|------|-----------|-----------|

Total Geral Exames: R\$ 31,90

|          |                                           |   |  |      |  |          |          |
|----------|-------------------------------------------|---|--|------|--|----------|----------|
| 30711010 | (Pr) IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER | 1 |  | (0%) |  | R\$ 8,00 | R\$ 8,00 |
|----------|-------------------------------------------|---|--|------|--|----------|----------|

|          |               |   |    |      |  |           |           |
|----------|---------------|---|----|------|--|-----------|-----------|
| 10101012 | (Pr) CONSULTA | 1 | 20 | (0%) |  | R\$ 80,00 | R\$ 80,00 |
|----------|---------------|---|----|------|--|-----------|-----------|

Total Geral Procedimentos: R\$ 88,00

|   |                           |   |   |       |      |           |          |
|---|---------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (MA) ATADURA CREPON 04 CM | 1 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 1,260 | R\$ 1,26 |
|---|---------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|

|   |                           |   |   |       |      |           |          |
|---|---------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (MA) ATADURA CREPON 06 CM | 1 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 1,390 | R\$ 1,39 |
|---|---------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|

|   |              |    |   |       |      |           |          |
|---|--------------|----|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (MA) BENJOIN | 10 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 0,014 | R\$ 0,14 |
|---|--------------|----|---|-------|------|-----------|----------|

|   |                  |   |   |       |      |           |          |
|---|------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (MA) ESPARADRAPO | 2 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 0,060 | R\$ 0,12 |
|---|------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|

|   |                    |   |   |       |      |           |          |
|---|--------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (MA) TALA METALICA | 1 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 4,790 | R\$ 4,79 |
|---|--------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|

|   |                                           |   |   |       |      |           |          |
|---|-------------------------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|
| 0 | (TA) TX, SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA | 1 | 0 | (140) | (0%) | R\$ 3,680 | R\$ 3,68 |
|---|-------------------------------------------|---|---|-------|------|-----------|----------|

Total Geral: R\$ 11,38      Total Mat/Med: R\$ 7,70      Total Taxas: R\$ 3,68

Total: R\$ 131,28

Lista de Atendimento P/Fatura

INSTITUTO DE ORTOPIEDIA GRAVATAI LTDA.  
88.051.750/0001-33  
AV. DORIVAL DE OLIVEIRA, 459  
GRAVATAI - CENTRO / RS

Paciente: 188203 - RAFAEL ALMEIDA KUHN  
Convenio: ADVENTISTA  
Matricula: 3527  
Fatura: 2841

Total Laudos: 2

| Atendimento | Paciente | Convênio | Data Atendimento | Documento | SENHA | Medico Resp. |
|-------------|----------|----------|------------------|-----------|-------|--------------|
|-------------|----------|----------|------------------|-----------|-------|--------------|

|        |                     |            |                    |  |  |                  |
|--------|---------------------|------------|--------------------|--|--|------------------|
| 822855 | RAFAEL ALMEIDA KUHN | ADVENTISTA | 2021-05-19 - 16:13 |  |  | LUIZ ANICET-5417 |
|--------|---------------------|------------|--------------------|--|--|------------------|

| Amb | Descrição | Qtd | Tipo Tab. | Part | Des | Unit. | Valor |
|-----|-----------|-----|-----------|------|-----|-------|-------|
|-----|-----------|-----|-----------|------|-----|-------|-------|

|          |                           |   |    |      |      |           |           |
|----------|---------------------------|---|----|------|------|-----------|-----------|
| 40804097 | (Ex) RX PE OU PODODACTILO | 1 | 00 | (0%) | (0%) | R\$ 33,15 | R\$ 33,15 |
|----------|---------------------------|---|----|------|------|-----------|-----------|

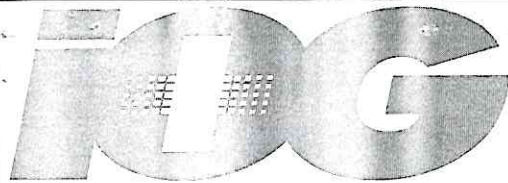
Total Geral Exames: R\$ 33,15

|          |                                       |   |    |      |  |           |           |
|----------|---------------------------------------|---|----|------|--|-----------|-----------|
| 30729165 | (Pr) FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEP? | 1 | 20 | (0%) |  | R\$ 42,00 | R\$ 42,00 |
|----------|---------------------------------------|---|----|------|--|-----------|-----------|

Total Geral Procedimentos: R\$ 42,00

|              |                              |           |   |                          |      |                        |           |
|--------------|------------------------------|-----------|---|--------------------------|------|------------------------|-----------|
| 0            | (MA) ATADURA ALG,LAMI, 12 CM | 1         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 0,490              | R\$ 0,49  |
| 0            | (MA) ATADURA ALG,LAMI, 15 CM | 2         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 0,620              | R\$ 1,24  |
| 0            | (MA) ATADURA ELASTICA 15 CM  | 2         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 4,410              | R\$ 8,82  |
| 0            | (MA) ATADURA GESSADA 15 CM   | 2         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 6,050              | R\$ 12,10 |
| 0            | (MA) ESPARADRAPO             | 5         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 0,060              | R\$ 0,30  |
| 0            | (TA) TX, SALA DE GESSO       | 1         | 0 | (50)                     | (0%) | R\$ 12,420             | R\$ 12,42 |
| Total Geral: |                              | R\$ 35,37 |   | Total Mat/Med: R\$ 22,95 |      | Total Taxas: R\$ 12,42 |           |

Total: R\$ 110,52



Data Atendimento: 13/05/2021 / 18:16

Registro ID: 208857

Tipo Atendimento  
1º ATENDIMENTO

822312

822312

INSTITUTO DE ORTOPEdia GRAVATAI

Paciente: 208857 MELLYSSA OLIVEIRA MENEGOTTO ()

Sexo: F

Data Nasc.: 09/10/2008 Idade: 12

RG: 2118819875

CPF: . . .

Local:

Convenio: ADVENTISTA

Matricula: 3953

Validade: 31/12/2021

Médico: LUIZ ANICET

Local: MAO

Profissão: ESTUDANTE

Paciente:  
MELLYSSA OLIVEIRA MENEGOTTOUsuario:  
LUIARAHDA - História da doença atual / Exame físico:  
DOR EDEMA TRAUMA NO VOLEI

## Exames Radiológico

40803120 - RX MAO OU QUIRODACTILO  
Direito 1 dedo

Qtde: 1

## Hipótese Diagnóstica:

ENTORSE 1º QDD

## Procedimentos

0 - ZIMMER

1

10101012 - CONSULTA

1

## Conduta:

CONSULTA

TALA METALICA

## Interpretações de Exames

RX MAO OU QUIRODACTILO - Direito  
NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÃO ÓSSEA TRAUMÁTICA  
RECENTE.

MANOEL JOSE ABRIANOS MOREIRA

CRM: 10997

Assinatura Paciente

Horário do retorno

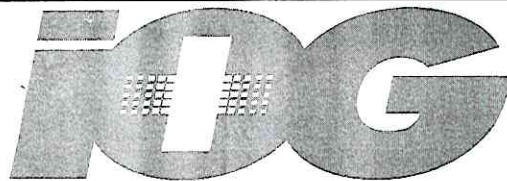
Retorno Dia

Assinatura Médico

LUIZ ANICET

Crm: 5417





INSTITUTO DE ORTOPEDIA GRAVATAI

Data Atendimento: 19/05/2021 / 16:13

Registro ID: 188203

Tipo Atendimento  
1º ATENDIMENTO

GABRIELA



822855

822855

Paciente: 188203 RAFAEL ALMEIDA KUHN ()

Sexo: M

Data Nasc.: 04/11/2011 Idade: 9 anos, RG: 942.791.950.72

CPF: 038.641.410-60

Local:

Convenio: ADVENTISTA

Matricula: 3527

Validade: 31/12/2021

Medico: LUIZ ANICET

Local: PE

Profissão: ESTUDANTE

Paciente:  
RAFAEL ALMEIDA KUHN

Usuario:  
LUIARA

HDA - História da doença atual / Exame físico:

DOR EDEMA TRAUMA NA ESCOLA

#### Exames Radiológico

40804097 - RX PE OU PODODACTILO  
Esquerdo

Qtde: 1

#### Hipótese Diagnóstica:

EPIFISIOLISE 5ºMTT E

#### Procedimentos

10101012 - CONSULTA

1

#### Conduta:

CONSULTA  
TRAT ONSERVADOR  
TALA GESSADA

#### Interpretações de Exames

RX PE OU PODODACTILO - Esquerdo  
EPIFISIOLISE DO 5º METATARSO.

MANOEL JOSE ABRIANOS MOREIRA

CRM: 10997

Assinatura Paciente

Assinatura Medico  
LUIZ ANICET

Crm: 5417

Horário do retorno \_\_\_\_\_ Retorno Dia \_\_\_\_\_



# Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NOME COMPLETO DO ALUNO:<br><i>Mellissa de Oliveira Menegotto</i>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nº DA MATRÍCULA:<br><i>3953</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:<br><i>Colégio Adventista de Gravataí</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TELEFONE:<br><i>3042-0350</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| ENDEREÇO:<br><i>Rua Tumã Vieira, 75 CEP 94055-040</i>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CIDADE:<br><i>Gravataí</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UF:<br><i>RS</i> |
| DATA DA OCORRÊNCIA:<br><i>13/05/21</i>                                  | NATUREZA DO ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO<br><input type="checkbox"/> BRIGA<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA<br><input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO<br><input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO<br><input type="checkbox"/> QUEIMADURA<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA<br><input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA<br><br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? | ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATLETISMO<br><input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA<br><input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO<br><input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA<br><input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA<br><input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE<br><input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL<br><input checked="" type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY<br><input type="checkbox"/> NATAÇÃO<br><input type="checkbox"/> RECREIO<br><input type="checkbox"/> SALA DE AULA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? |                  |
| HORÁRIO DO ACIDENTE:<br><i>16:40</i>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| LOCAL ONDE OCORREU:<br><i>Quadra</i>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |

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

*A aluna estava jogando volei e ao sacar sentiu dor no dedo que após por gelo pareceu inchou e doer mais forte*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

|       |           |
|-------|-----------|
| NOME: | TELEFONE: |
| NOME: | TELEFONE: |

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

*Carmila Bruun*

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

**COLÉGIO ADVENTISTA DE GRAVATAÍ**

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DE EMISSÃO:<br><i>13/05/21</i> | ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:<br><i>[Assinatura]</i><br>Vieira, 75 - Monte Belo - CEP: 94055-040 - Gravataí/RS<br>Fone: (51) 3042-0350<br>Par CEED 29/04 - Par CEED 370/95<br>câ.gravatai@educadventista.org.br<br>gravatai.educacaoadventista.org.br |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200\_8106-8736  
www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br





# Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NOME COMPLETO DO ALUNO:<br><i>Rafael de Almeida Kuhn</i>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nº DA MATRÍCULA:<br><i>3527</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:<br><i>Colégio Adventista de Gravataí</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TELEFONE:<br><i>3042 0350</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| ENDEREÇO:<br><i>Rua Trmã Vieira, 75 CEP 94055-040</i>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CIDADE:<br><i>Gravataí</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UF:<br><i>RS</i> |
| DATA DA OCORRÊNCIA:<br><i>19/05/21</i>                                  | NATUREZA DO ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO<br><input type="checkbox"/> BRIGA<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA<br><input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO<br><input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO<br><input type="checkbox"/> QUEIMADURA<br><input checked="" type="checkbox"/> QUESO<br><input type="checkbox"/> TRAUMA<br><input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA<br><br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? | ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATLETISMO<br><input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA<br><input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO<br><input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA<br><input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA<br><input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE<br><input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY<br><input type="checkbox"/> NATAÇÃO<br><input checked="" type="checkbox"/> RECREIO<br><input type="checkbox"/> SALA DE AULA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? |                  |
| HORÁRIO DO ACIDENTE:<br><i>14:45</i>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| LOCAL ONDE OCORREU:<br><i>Pátio</i>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |

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

*O aluno estava no recreio e correndo tocou o tornozelo*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: TELEFONE:

NOME: TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

*Nathalie*

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

|                                                     |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DE EMISSÃO:<br><i>19/05/21</i>                 | ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:<br><i>[Assinatura]</i> | COLÉGIO ADVENTISTA DE GRAVATAÍ<br><i>Rua Trmã Vieira, 75 - Monte Belo - CEP: 94055-040 - Gravataí/RS</i><br>Fone: (51) 3042-0350<br>Par CEED 29/04 - Par CEED 370/95<br>ca.gravatai@educadventista.org.br<br>gravatai.educacaoadventista.org.br |
| 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)