

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria Municipal de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e		Número 7.198 Código verificação BA8-1DD-208 Emitido em 12/09/2019 15:10:05				
RPS Nº 7196 Série F de 12/09/2019 Lote 14992634						
Prestador de Serviços						
		CNPJ: 23.876.304/0001-12 Inscrição Municipal: 191342 Razão Social: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A Nome Fantasia: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A Endereço: AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01A 14, Zona 04 Município: MARINGÁ - PR Email: contabilidade@santaritasaude.com.br			CEP: 87.015-020 Fone: (44) 3041-7312	
						
Tomador de Serviços						
CNPJ: 15.116.763/0004-12 Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Endereço: JULIO DA COSTA, 1447, Bigorriho Município: CURITIBA - PR Email: jadertinelli@clinicaadventista.org.br		CEP: 80.730-070 Fone: (04) 13240-2935				
Discriminação dos Serviços						
CONSULTAS MEDICAS R\$ 200.00 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 70.11 RADIODIAGNOSTICO R\$ 142.56 REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 181.00 ISS 2.00 R 11.87 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00						
Valor Total da NFS-e R\$ 593,67						
Item da Lista de Serviços 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.						
Valor Total Deduções		Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISSQN	
0,00		0,00	593,67	2,00	11,87	
Valor do PIS		Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL	
0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	
Outras Retenções		Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS	
0,00		0,00	593,67	09/2019	Prestador	
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor		
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR		
Outras Informações						
Consulte a autenticidade deste documento em https://isse.maringa.pr.gov.br						

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE: 3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 7196

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 12/09/2019 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
ENDEREÇO: JULIO DA COSTA, 1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J.: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	200,00	200,00
		MATERIAL HOSPITALAR	70,11	70,11
		RADIODIAGNOSTICO	142,56	142,56
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	181,00	181,00
		ISS 2.00 R 11.87 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	593,67	
		TOTAL DO RPS =>		593,67

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 7196

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

[illegible]

Período de Entrega das Remessa de 16/08/2019 a 15/09/2019 - Ordenado por: Remessa

Remessa	Nota Fiscal	Entrega	Pagamento	Convênio	Total
74654	7196	11/09/2019	15/10/2019	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	593,67

Total Geral: 593,67

Convênios Seleccionados

59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC

18/10/19

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

2 - Nº Guia no Prestador 5646057000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																															
4 - Data de Autorização		5 - Senha																															
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																															
8 - Número da Carteira 4314119		9 - Validade da Carteira 30/12/2019																															
10 - Nome JOAO PEDRO FAVARIN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N																															
12 - Atendimento a RN		13 - Código da Operadora 23876304000112																															
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOUANI DE MIRANDA																															
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 33925																															
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270																															
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2																															
22 - Data da Solicitação 08/08/2019		23 - Indicação Clínica																															
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição																															
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.																															
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																															
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04																															
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1																															
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>42 - Qtde.</th> <th>43 - Via</th> <th>44 - Téc.</th> <th>45 - Fator R/Acr</th> <th>46 - Valor Unitário</th> <th>47 - Valor Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>100.00</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>35.64</td> <td>35.64</td> </tr> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>35.64</td> <td>35.64</td> </tr> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>160.00</td> <td>160.00</td> </tr> </tbody> </table>				42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total	001	1.0	001	1.0	100.00	100.00	001	1.0	001	1.0	35.64	35.64	001	1.0	001	1.0	35.64	35.64	001	1.0	001	1.0	160.00	160.00
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total																												
001	1.0	001	1.0	100.00	100.00																												
001	1.0	001	1.0	35.64	35.64																												
001	1.0	001	1.0	35.64	35.64																												
001	1.0	001	1.0	160.00	160.00																												
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 33925 41 225270 06 33925 41 225270																																	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -																																	
58 - Observação / Justificativa																																	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 331.28		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00																															
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00																															
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00																															
65 - Total Geral (R\$) 331.28		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização																															
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																															



2 - N° Guia no Prestador **1195**

Folha: 1 / 1

5646057

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 5646057

Data/Hora: 08/08/2019 14:54:45

Impresso per: ACAFRANCA

2 - N° Guia no Prestador **5646057**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 1195		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome JOAO PEDRO FAVARIN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		12 - Atendimento a RN		N	
8 - Número da Carteira 4314119		10 - Nome JOAO PEDRO FAVARIN		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOUANI DE MIRANDA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 33925	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 08/08/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
2		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803104 30720109		26 - Descrição RX - Antebraço Fratura e/ou luxações (incluindo deslocamento epifisário) - redução in		27 - Ql. Solic. 2 1	
28 - Ql. Autoriz. 0 0		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação do Adquirente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Ql. Ql. Ql.	
43 - Via		44 - Terc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Consulta Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização do Procedimento em Série	
59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Impresso por: INMDIAS

Data/Hora: 08/08/2019 16:40:10

Conta/Lote: 5646057

Atendimento: 5646057

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



Atendimento:	5646057	Pedido:	2015225	Ac. Number:	2513886
Registro / Nome:	JOAO PEDRO FAVARIN				
Data de Nascimento:	11/09/2009	Idade:	9 anos, 10 meses e 27 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/08/2019 15:24:00			Laudado:	14/08/2019 09:53:28
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA				

RX - ANTEBRAÇO

- Controle de evolução de redução de fraturas do rádio e da ulna, imobilizadas em aparelho de gesso.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 5646057 Pedido: 2015261 Ac. Number: 2513932
Registro / Nome: JOAO PEDRO FAVARIN
Data de Nascimento: 11/09/2009 Idade: 9 anos, 10 meses e 27 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 08/08/2019 16:07:00 Laudado: 14/08/2019
09:52:42
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA

RX - ANTEBRAÇO DIREITO

- Fraturas em "galho verde" das diáfises distais do rádio e da ulna com desvio posterior dos fragmentos distais.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 4947139 DATA: 08/08/2019 15:23
USUÁRIO....: PSFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5646057 DT NASC: 11/09/2009 (9A 10M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 484564 - JOAO PEDRO FAVARIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2019 14:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CONTUSAO EM REGIAO DE ANTEBRAÇO DIREITO HOJE NA ESCOLA
QUEIXA DE DOR DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
SEM QUEIXAS EM PUNHO E COLOTOVELO
NEUROVASC OK
SOLCITO RAO X E REAV



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP ANTEBRACO	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: DIR							

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR	1						
EMERGENCIA/URGENCIA							

RAIO X
EXAME REALIZADO
DATA 08 / 08 / 19
TÉC. RADIOLOGIA: Liza

Dr Saulo F. de Miranda
Médico
CRM-PR 33.925
PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

PRESCRIÇÃO.: 4947191 DATA: 08/08/2019 16:07
USUÁRIO.....: PSFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5646057 DT NASC: 11/09/2009 (9A 10M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 484564 - JOAO PEDRO FAVARIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2019 14:54.0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAULO FOUANI DE MIRANDA SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

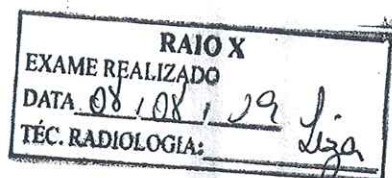
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

3	RX MEM SUP ANTEBRACO	1					
---	----------------------	---	--	--	--	--	--

Justificativa.: CONTROLE

Obs.: DIR



Dr Saulo F. de Miranda
Médico
CRM-PR 33.925

PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

PRESCRIÇÃO.: 4947209 DATA: 08/08/2019 16:18
USUÁRIO....: PSFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5646057 DT NASC: 11/09/2009 (9A 10M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 484564 - JOAO PEDRO FAVARIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2019 14:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAULO FOUANI DE MIRANDA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

REALIZADO GESSO CIRCULAR EM MSD
CONFERIDO REDUÇÃO DA FRATURA APÓS PELO RX
ORIENTO A FAMÍLIA QUANTO À POSSÍVEL PERDA DE REDUÇÃO DA FRATURA E SUA EVOLUÇÃO
ALTA COM ANALGESIA, RETORNO AMBULATORIAL PARA REAVALIAÇÃO EM 1 SEMANA
ATESTADO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 ANTEBRACO, FRATURA/LUXACOES (C/DESLOC. EPIFAS)-INC	1					[08/08] 16:18

Dr Saulo F. de Miranda
Médico
CRM-PR 33925

PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

Dados do Atendimento

Atendimento: 5646057 Data/Hora: 08/08/2019 14:54
Paciente: 484564 - JOAO PEDRO FAVARIN
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: M Nasc.: 11/09/2009 (9a 10m 27d)

Especialidade: 36 - PEDIATRIA

Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: MÃE RELATA ALGIA EM MSD DEVIDO QUEDA NA ESCOLA HÁ 30 MINUTOS.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 112 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT: 97 %
PESO: 30,000 KG
MEDICAÇÃO CONTINUA: NÃO
MEDICADO: NÃO
PEDIATRA: DRA. VIVIANE

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA**

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente <u>José Pedro Jansen</u>		Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Convênio <u>Clínica Abundant</u>	Atendimento <u>S646057</u>	Data do Atendimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Referência
Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS			
Tipo de Ocorrência ☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA ☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA ☒ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO		Mecanismo ☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO ☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO ☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____ ☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO	
NEUROLÓGICO ☐ AUSENTE ☒ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ AGITADO ☐ DESCONEXO ☐ INCOMPREENSÍVEL	RESPIRATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ ASSISTIDA	CIRCULATÓRIO ☐ AUSENTE ☒ NORMOCARDICO ☐ BRADICARDICO ☐ TAQUICARDICO	VIAS AÉREAS ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EDEMA DE GLOTE
PELE ☒ NORMAL ☐ PALIDEZ ☐ CIANOSE ☐ ICTERÍCIA ☐ QUENTE/SECA ☐ FRIA/PEGAJOSA			
DADOS VITAIS: PA: <u> </u> BPM: <u>99</u> FR: <u> </u> SPO2: <u>97%</u> T°: <u> </u> Glasgow <u> </u>			
COMORBIDADES ☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS		ALERGIAS ☐ NÃO ☐ SIM Qual(is) _____	
PRINCIPAIS LESÕES ☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA ☐ F.C.C LOCAL: _____			
PROTOCOLO DOR TORÁCICA Hora da admissão: <u> </u> Hora da realização ECG: <u> </u> Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM			
PROTOCOLO AVC Início dos sintomas: <u> </u> Hora da admissão: <u> </u> Hora Tomografia de Crânio: <u> </u> Hora avaliação Neurologista: <u> </u> Indicada Trombólise? ☐ NÃO ☐ SIM			
PROTOCOLO SEPSE – PACOTE PRIMEIRA HORA Hora do início do Protocolo: <u> </u> ☐ Coleta de exames laboratoriais – duas amostras distintas de Hemocultura ☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos ☐ Prescrição e administração de antibiótico ☐ Início de ressuscitação volêmica – se hipotensão ☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) – se ressuscitação volêmica ineficaz.			
☐ Internação ☒ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência			



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**Data Matrícula: **02/10/2018**Nome: **João Pedro Favarin (4149)**Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental**Turma: **B**Sexo: **M** Data Nascimento: **11/09/2009**Nacionalidade: **Brasileira**Turno: **T**Naturalidade: **Telêmaco Borba**UF: **PR**Estado Civil: **Solteiro**Endereço: **Rua Jornalista Waldomiro Baddini Neto, 287**

Complemento:

Bairro: **Jardim Novo Horizonte**Cidade: **Maringá**UF: **PR** CEP: **87005-290**Cert. Nascimento: **084954 01 55 2009 1 00097 291 0056601 29**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: **Cartório Castro Ribas**Cert. Nascimento Cidade: **Telemaco Borba**Cert. Nascimento UF: **PR**Identidade: **13.819.682-8**O.Exp: **SSP**UF: **PR**Data: **16/04/2013**

CPF:

INEP **122711313246**

E-Mail:

Cor/ Raça:

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio: **Unimed**Nº: **0 097 000012490530 1**Telefones: Comercial: **44 30292015** | Celular: **44997758179** | Celular: **44998822015** |Carteirinha Bloqueada? **Sim**Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Os pais; José Valentim e Ivete (avós paternos) e E**Autorizo Imagem: **Sim**

Dados do Pai

CPF: **218549518-66** Nome: **Tiago Favarin**Nacionalidade: **Brasileira**Nascimento: **19/02/1981** Estado Civil: **Casado**Identidade: **23.946.101-0** O. Exp: **SSP**UF: **SP**Data Emissão: **26/07/1999**Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**Endereço: **Rua Jornalista Waldomiro Baddini Neto, 287**

Complemento:

Bairro: **Jardim Novo Horizonte**Cidade: **Maringá**UF: **PR**CEP: **87005-290**

Cx. Postal:

E-Mail: **autoescolacerroazul@gmail.com**Religião: **Católica**Telefones: Celular: **44998822015** |

Dados da Mãe

CPF: **054373769-10** Nome: **Crislaine Fernandes de Oliveira Favarin**Nacionalidade: **Brasileira**Nascimento: **03/09/1986** Estado Civil: **Casado**Identidade: **9.201.681-1** O. Exp: **SSP**UF: **PR**Data Emissão: **26/10/2015**Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**Endereço: **Rua Jornalista Waldomiro Baddini Neto, 287**

Complemento:

Bairro: **Jardim Novo Horizonte**Cidade: **Maringá**UF: **PR**CEP: **87005-290**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Católica**Telefones: Celular: **44997758179** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **054373769-10** Nome: **Crislaine Fernandes de Oliveira Favarin**Nacionalidade: **Brasileira**Nascimento: **03/09/1986** Estado Civil: **Casado**Identidade: **9.201.681-1** O. Exp: **SSP**UF: **PR**Data Emissão: **26/10/2015**Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**Endereço: **Rua Jornalista Waldomiro Baddini Neto, 287**

Complemento:

Bairro: **Jardim Novo Horizonte**Cidade: **Maringá**UF: **PR**CEP: **87005-290**

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião: **Católica**Telefones: Celular: **44997758179** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **218549518-66** Nome: **Tiago Favarin**Nacionalidade: **Brasileira**Nascimento: **19/02/1981** Estado Civil: **Casado**Identidade: **23.946.101-0** O. Exp: **SSP**UF: **SP**Data Emissão: **26/07/1999**Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**Endereço: **Rua Jornalista Waldomiro Baddini Neto, 287**

Complemento:

Bairro: **Jardim Novo Horizonte**Cidade: **Maringá**UF: **PR**CEP: **87005-290**

Cx. Postal:

E-Mail: **autoescolacerroazul@gmail.com**Religião: **Católica**Telefones: Celular: **44998822015** |

Deferimento

Data: **___/___/___**☐ Deferido ☐ Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda

Cássia de Sousa Barbosa

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Favarin

Nº da guia: 1195

Nº da carteirinha: 4.31.4149

Data Nascimento: 11/09/2009

Escola: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2019	14:17:00	Sala de Aula	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava atras da porta e outro empurrou a porta e empresou a porta e prendeu a porta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Walterlande	(44) 99990-5199
Daniel	(44) 99990-5199

Quem prestou primeiros socorros	Data
Walterlande	08/08/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
O aluno será levado ao hospital para verificação, mas aparentemente foi somente torção.

Assinatura:


Jader Ragazz

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

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

2 - N° Guia no Prestador **565409800000**

1/1

[illegible]

Conveniente CLINICA ADVENTISTA - CIAC

2 - N° Guia no Prestador 1214

111

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4315194		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004882664692		12 - Atendimento a RN N									
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALBERTI CASADEI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38632		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Solicitante  ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA (CRM-PR 38.632)			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/08/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 00010061		26 - Descrição CONSULTA PEDIATRIA DIURNA - SRS / SAMA		27 - Qt.Solic. 1		28 - Qt.Autoriz. 0							
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230													
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)													
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)		48 - Seq. Ref. 49 - Gr.Part		50 - Código na opradora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado															

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

5654098

2 - N° Guia no Prestador **5654098**

Folha: 1 / 1

[illegible]

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 5654098

Contact/Lote: 5654098

Data/Hora: 13/08/2019 18:42:57

Impreso por: INMDIAS

1 - Registro ANS	000000	2 - Número da Guia Referenciada	5654098000000
Dados do Contratado Executante			
3 - Código na Operadora	23876304000112	4 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
			5 - Código CNES
			9365230

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10- Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								19-Nº Autorização de Funcionamento		
1 - 03	13/08/2019	16:43:00	a	16:43:00	19	70034664	3	036	1.00	3.71	11.15
20 - Descrição: ALGODAO ORTOPEDICO 10CM - CREMER											
2 - 03	13/08/2019	16:43:00		16:43:00	19	70034362	3	036	1.00	6.08	18.25
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 10CMX1.8MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 165.869											
3 - 03	13/08/2019	16:43:00		16:43:00	19	0000045573	3	036	1.00	13.57	40.71
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10 CM											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	70.11	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	70.11
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	-------

Impresso per: MDFNETA

Data/Hora: 09/09/2019 15:34:59

Conta/Lote: 2988712

Atendimento: 5654098

Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC





Atendimento: 5654098 Pedido: 2017673 Ac. Number: 2516986
Registro / Nome: MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
Data de Nascimento: 10/05/2008 Idade: 11 anos, 3 meses e 3 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 13/08/2019 17:08:00
Laudado: 20/08/2019
09:18:19
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - PUNHO ESQUERDO

- 1- Não se visualiza sinais de fratura.
- 2- Espaços articulares conservados.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 5654098 Pedido: 2017673 Ac. Number: 2516987
Registro / Nome: MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
Data de Nascimento: 10/05/2008 Idade: 11 anos, 3 meses e 3 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 13/08/2019 17:08:00
Laudado: 20/08/2019
09:18:22
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - MÃO ESQUERDA

- 1- Não se visualiza sinais de fratura.
- 2- Espaços articulares conservados.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 4954937 DATA: 13/08/2019 17:07
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 5654098 DT NASC: 10/05/2008 (11A 3M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 191330 - MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/08/2019 16:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS Justificativa.: T Obs.: L	1						

2 RX MEM SUP PUNHO A P. - LAT. - OBLIQUAS Justificativa.: T Obs.: L	1						
---	---	--	--	--	--	--	--

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						



Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 4955018 DATA: 13/08/2019 18:19
USUÁRIO....: PAACASADEI
ATENDIMENTO.: 5654098 DT NASC: 10/05/2008 (11A 3M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 191330 - MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/08/2019 16:43 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

trauma punho esq ha 2 horas apos cair enquanto jogava futebol
com dor a palpação de radio distal e mao esq
sem deformidade discreto edema dor a flexo extensao sem bloqueio
hd: contusao punho esq
plano terapeutico: imobilização medicação orientação

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data Horários
4 IMOBILIZACAO LUVA GESSADA	1					[13/08] . 18:19

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 5654098 Prontuário: 191330 SAME:
Paciente..... : MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
Endereço..... : RUA PIONEIRÁ ARMINDA BUSCHINI SERAVALLI
Bairro..... : JARDIM PETROPOLIS
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 13/08/2019

Hora Atend: 16:43 Data Atend: 13/08/2019
Idade: 11 a

UF.: PR CEP: 87080704
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 18:19

Prestador da Evolução Médica: ANDRE ALBERTI CASADEI

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM. 38632

ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dados do Atendimento

Atendimento: 5654098 Data/Hora: 13/08/2019 16:43
Paciente: 191330 - MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
Prestador: 4118 - ANDRE ALBERTI CASADEI
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: M Nasc.: 10/05/2008 (11a 3m 4d)

Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEDA HOJE SOBRE BRAÇO

Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: ALERGICO A AMOXILINA

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 107 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóxico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: P: 55 KL
SAT 97
PED : PAULO SONI



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATHEUS HENRIQUE DE SOUZA FARIAS
Dt. Nasc: 10/05/2008 Sx: M
Pront: 191330 Dt: 13/08/2019
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA

5654098

Data de Nascimento

Atendimento

Data do Atendimento

Referência

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA
☒ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____
☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE
☒ CONSCIENTE
☐ CONFUSO
☐ AGITADO
☐ DESCONEXO
☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE
☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE
☒ NORMOCÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
☐ TAQUICÁRDICO

VIAS AÉREAS

☒ LIVRE
☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL
☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☒ NORMAL
☐ PALIDEZ
☐ CIANOSE
☐ ICTERÍCIA
☐ QUENTE/SECA
☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAIS: PA: _____ BPM: 107 FR: _____ SPO2: 97% T°: _____ Glasgow _____

COMORBIDADES

☒ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA
☒ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

ALERGIAS

☐ NÃO ☒ SIM
Qual(is) Amoxicilina

Qual(is) Não

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO ☒ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C. LOCAL: M.S.E

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____
Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____

- ☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura
☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos
☐ Prescrição e administração de antibiótico
☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão
☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

☐ Internação ☐ Alta ☒ Óbito ☐ Contra referência

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Henrique de Souza Farias

Nº da guia: 1214

Nº da carteirinha: 4.31.5194

Data Nascimento: 10/05/2008

Escola: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/08/2019	16:18:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando bola caiu e machucou a mão

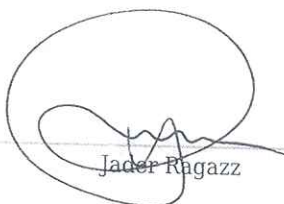
Testemunha da ocorrência	Telefone
Walterlande	(44) 99990-5199

Quem prestou primeiros socorros	Data
Walterlande	13/08/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
O aluno foi encaminhado para verificar se algo aconteceu.

Assinatura: _____



Jader Ragazz

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

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