

Nº

# RECIBO

Valor **R\$ 200,00 +**

Recebi (emos) de

Instituição Adventista sul Brasileira

Endereço

de saúde - Alameda Júlio de Costa

A importância de

Duzentos reais

Referente

Unidade Odontológica - Fraturas incisivos  
central mantendo de reconstrução por  
função completa.

Para maior clareza firmo \_\_\_\_\_ o presente.

Quinto 07 de agosto 2019

Emitente

Dr. Paulo Romão

CPF/RG

046.348919-56

Assinatura

Dr. Paulo Romão, SOB. Amador, Paraná.

Cirurgião Dentista

CRQ-PR 22868

tilibra



Dr. Bruno Dantas  
Ortodontia e Implante CRO 22.481

Dra. Camila Thomaz  
Ortodontia e Estética CRO 22.868

Rembolsa mãe de Aluna (S/NF)

Recibo

Declaro ter recebido da Instituição de Ensino Adventista sul Brasileira de saúde a quantia de R\$ 200,00 referente a cirurgia realizada no dia 04 de agosto de 2019 referente a uma extração no dente 11 (recontourg incisal) devido a trauma.

em 04/08/19

*Dra. Camila Thomaz*  
Cirurgiã Dentista  
CRO-PR 22868

odontologiadantas@gmail.com

☎ 44 3351.9270 | 📠 44 99960.4640 | 📠 44 99993.1756

Av. Brasil, 506 - Sala 04 - Centro - Cianorte - PR



**Sistema Secretaria Escolar**  
Escola Adventista de Cianorte  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

**Dados do Aluno**

Ano: **2019**

Data Matrícula: **07/08/2018**

Nome: **Laura Eloá Dornelas (1578)** Curso: **2º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **B**  
Sexo: **F** Data Nascimento: **07/07/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**  
Naturalidade: **Cianorte** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**  
Endereço: **Rua José Francisco da Silva, 761** Complemento:  
Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-326**  
Cert. Nascimento: **08701501552011100106195007699324**  
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:  
Cert. Nascimento Termo:  
Cert. Nascimento Cartório:  
Cert. Nascimento Cidade: **Cianorte** Cert. Nascimento UF: **PR**  
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP **149917854303**  
E-Mail: **rcassiacoutinho@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Evangélica**  
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:  
Telefones: **Comercial: 44 36292310 | Residencial: 44 36318057 | Celular: 44 97480123 | Celular: 44997480111 |**  
Carteirinha Bloqueada? Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:  
Autorizo Imagem: **Sim**

**Dados do Pai**

CPF: Nome: **Luiz Carlos Dornelas** Nacionalidade:  
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:  
Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:  
Complemento: Bairro: Cidade:  
Cx. Postal: E-Mail: Religião:  
Telefones:

**Dados da Mãe**

CPF: **785649569-34** Nome: **Rita de Cassia Carlos** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **01/08/1974** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75323115** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/2010**  
Grau de Instrução: Endereço: **Rua José Francisco da Silva, 761**  
Complemento: Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-326**  
Cx. Postal: E-Mail: **rcassiacoutinho@hotmail.com** Religião:  
Telefones: **Celular: 44997480111 |**

**Dados do Responsável Legal**

CPF: **785649569-34** Nome: **Rita de Cassia Carlos** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **01/08/1974** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75323115** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/2010**  
Grau de Instrução: Endereço: **Rua José Francisco da Silva, 761**  
Complemento: Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-326**  
Cx. Postal: E-Mail: **rcassiacoutinho@hotmail.com** Religião:  
Telefones: **Celular: 44997480111 |**

**Dados do Responsável Financeiro**

CPF: **785649569-34** Nome: **Rita de Cassia Carlos** Nacionalidade: **Brasileira**  
Nascimento: **01/08/1974** Estado Civil: **Casado** Identidade: **75323115** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **12/11/2010**  
Grau de Instrução: Endereço: **Rua José Francisco da Silva, 761**  
Complemento: Bairro: **Residencial Morada do Sol IV** Cidade: **Cianorte** UF: **PR** CEP: **87210-326**  
Cx. Postal: E-Mail: **rcassiacoutinho@hotmail.com** Religião:  
Telefones: **Celular: 44997480111 |**

**Deferimento**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Deferido  Indeferido

\_\_\_\_\_  
Claudio Cesar Nardes Antunes  
Administrador Escolar - Ato nº  
1.135.362/2017

\_\_\_\_\_  
Claudia Rodrigues de Souza  
Secretário(a) - Ato nº 1.121.128/2017

\_\_\_\_\_  
Responsável



# Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

## Clínica Adventista de Curitiba

### SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Laura Eléa Damilas</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>1578</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista de Cionerte</i>		TELEFONE: <i>(44) 3018-8066</i>	
ENDEREÇO: <i>Avenida América, nº 4923</i>		CIDADE: <i>Cionerte</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>07/08/2019</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 type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17:30</i>	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Saída para ir embora</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>	<i>A aluna estava saindo da sala de aula para ir para a fila, junto com os demais alunos. no meio do caminho, a mesma voltou para a sala de aula correndo, onde tropeçou rezinha vindo bater a boca no chão</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Lidiane França</i>		TELEFONE: <i>(44) 3018-8066</i>	
NOME: <i>Adriana Pereira</i>		TELEFONE: <i>(44) 3018-8066</i>	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Lidiane</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

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

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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Laura Eloá Dornelas  
**Nº da Carteirinha:** 4.17.1578  
**Instituição:** Escola Adventista de Cianorte



**Data de Nascimento:** 07/07/2011

**Nº da Guia:** 1851

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2019	17:30:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Dentes Superiores

## Descrição

A aluna estava saindo da sala de aula para ir para a fila junto com os demais alunos, no meio do caminho a mesma voltou para a sala de aula correndo, onde tropeço sozinha, vindo bater a bora no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lidiane França	(44) 318-8066

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Observações

Retroativo.

Ass.: \_\_\_\_\_

Gabriel Milani

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

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

---

Boa tarde Pamela, segue dados para reembolso:

Caixa Federal (cód do banco 104)

Agencia - 0569

CC 00033125-5

Conta de Cassia Carlos

CPF . 785649569-34

VALIDA COM MARCA D'ÁGUA - ARMA DA REPÚBLICA

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

República Federativa do Brasil  
Conselho Federal e Regional de Odontologia

CRÓ: PARANA

Inscrição: PR-CD-22868

Tipo: CIRURGIA - DENTISTA

Nome: CAMILA THOMAZ

Pai: ODEDE THOMAZ

Mãe: ANA MARIA DA CRUZ THOMAZ

C.P.F.: 076.347.919-54

Nascimento: 06/04/1989

Naturalidade: CIANORTE - PR

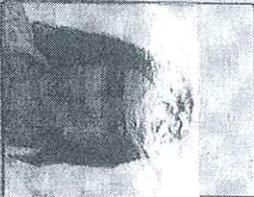
CRITIBA, 26 ABR 2012.

ROBERTO BUARO DA VELOSO CAVALARI OD

Presidente do CRÓ PR

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS - ANTI-FEITICÃO DE 7 DE JUNHO DE 97

VALIDA NA COR VERDE



POLEGAR DIREITO

Identidade Civil: No.: 98621032 Orgão: SESP UF: PR Data: 18/06/2003

Identidade Eleitoral: No.: 0093694660604 Zona: 088 Secão: 051 UF: PR

Inscrição no CRÓ: Livro: AZ43 Folha: 51 Processo: 911/2012 Data: 26/04/2012

Registro no CFO: Livro: AZ638 Folha: 174 Processo: 10927/2012 Data: 26/04/2012

Observações Gerais: Tipo sanguíneo: NAO INFORMADO Doador: SIM

Assinatura do portador

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 9.862.103.2 DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/04/2003

NOME: CAMILA THOMAZ

FILIAÇÃO: OSEDE THOMAZ ANA MARIA DA CRUZ THOMAZ

NATURA: CIANDATE/PR DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1989

DDC ORIGEM: COMARCA-CIANDATE/PR, DA SEDE

C. NASC: 55894, LTPRO=A48, FOLHA=274

ASSINATURA DO TITULAR: *[Handwritten Signature]*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

*[Fingerprint and Photo]*

ASSINATURA DO TITULAR: *Camila Thomaz*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

**CAIXA**

FEV/2007

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

076.347.919-54

CAMILA THOMAZ

06/04/1989



Copel Distribuição S.A.  
 Rua José Izidora Blazetto, 158  
 81200-240 Curitiba - PR  
 CNPJ 04.368.898/0001-06  
 IE 90.235.073-99 IM 423.992-4



www.copel.com  
 0800 51 00 116

Unidade Consumidora

**BRUNO GUSTAVO JORGE DANTAS**

R MANOEL DE NOBREGA, 184 - SALAO 04 C/M1 TERREO

CEP: 87200165

CIANDORTE - PR

CPF: 06120189971

93193955

Vencimento

10/09/2019

Valor a Pagar

R\$ 297,60

Responsavel pela manutencao da Iluminação Publica: Município 185

Reaviso de Vencimento

Informações e Contatos

No Medidor 0204043387 - TRIFASICO

Mês Referência: 08/2019

## TABELA DE PROCEDIMENTOS

### ODONTOLOGIA DANTAS

Consulta Odontológica Pediátrica – 150,00 – a consulta odontológica é cobrada caso não haja necessidade de procedimentos imediatos além da avaliação e/ou o dentista sinta necessidade de manejo da criança pela falta de colaboração da mesma.

Consulta Odontológica Pediátrica em Emergência noturna/feriado – 300,00 – a consulta odontológica de emergência é cobrada pelo plantão do profissional. Pode ocorrer em caso de inflamação tardia devido á trauma pré-existente. Ela é cobrada somada ao procedimento realizado.

Rx Periapical – 20,00 ( por elemento )

Restauração/Reconstrução Estética Anterior – 200,00 ( por elemento )

Recolagem de Fragmento – 200,00 ( por elemento )

Restauração Estética Anterior á Pino – 400,00 – necessita de tratamento endodôntico prévio ( por elemento )

Endodontia de dente Anterior Deciduo – 300,00 ( por elemento )

Tratamento endodontico de dente permanente com 1 canal – 400,00 ( por elemento )

Tratamento endodontico de dente permanente com 2 canais – 500, 00 ( por elemento)

Tratamento endodontico de dente permanente com 3 canais ou mais – 700,00 ( por elemento)

Prótese fixa Anterior Metal-free – 1500,00 ( por elemento )

Imobilização temporária de elemento traumatizado – (Splint) – 300,00 hemi-arco

Reposicionamento de Avulsão acompanhado de Splint – 400,00 hemi-arco

Fluorterapia/Dessensibilizante – 150,00 hemi-arco

Curativo / Sutura intra-oral e labial – 200,00

Curativo provisório – 80,00 ( por elemento )

Prótese Parcial Provisória tipo Denari – 400,00 ( por elemento )

**Cianorte, 28 de outubro de 2019.**

\*\*\*\*Valores sujeitos a reajuste em 2020.