

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isis Schmidt dos Santos das Neves

Nº da Carteirinha: 8.48.5485

Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 30/07/2009

Nº da Guia: 13350



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/09/2023	08:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

A aluna caiu na educação física e bateu com o rosto no chão abrindo um pequeno corte no queixo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diego Motta	533225-4188

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda (Não Atende Trauma de Cabeça)	AV. ASSIS BRASIL	2827	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Observações

A aluna foi atendida pelo professor no momento do impacto e posteriormente pela coordenadora.

Ass.: _____

Lucas Cantos da Rosa

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

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

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Pelotas
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **16/01/2023**

Nome: **Isis Schmidt dos Santos das Neves (5482)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF8MB**
Sexo: **F** Data Nascimento: **30/07/2009** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Pelotas** UF: **RS** Estado Civil: **Solteiro** Complemento:
Endereço: **Rua Viamão, 30** Cidade: **Pelotas** UF: **RS** CEP: **96090-180**
Bairro: **Laranjal**
Cert. Nascimento: **096792015520091005061980101170862**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartão:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O Exp: UF: Data: Cert. Nascimento UF:
E-Mail: **karine-santos@bm.rs.gov.br** CPF: **058072490-54** INEP: **127328733143**
Tipo de Sangue/Fator RH: Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**
Telefones: Residencial: **53981568836** Convênio: **IPE** Nº: **não informou**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Leandro Rodrigues das Neves** Naturalidade: Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço: UF: CEP:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **832127790-04** Nome: **Karine Schmidt dos Santos das Neves** Naturalidade: **Pelotas - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **05/07/1986** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **5085603371** O. Exp: **sjs** UF: **rs** Data Emissão: **26/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Viamão, 30** UF: **RS** CEP: **96090-180**
Complemento: Bairro: **Laranjal** Cidade: **Pelotas** UF: **RS** CEP: **96090-180**
Cx. Postal: E-Mail: **karine-santos@bm.rs.gov.br** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **53981568836**

Dados do Responsável Legal

CPF: **832127790-04** Nome: **Karine Schmidt dos Santos das Neves** Naturalidade: **Pelotas - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **05/07/1986** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **5085603371** O. Exp: **sjs** UF: **rs** Data Emissão: **26/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Viamão, 30** UF: **RS** CEP: **96090-180**
Complemento: Bairro: **Laranjal** Cidade: **Pelotas** UF: **RS** CEP: **96090-180**
Cx. Postal: E-Mail: **karine-santos@bm.rs.gov.br** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **53981568836**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **400628560-49** Nome: **Ana Maria Schmidt dos Santos** Naturalidade: **Porto Alegre - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **06/08/1961** Estado Civil: **Desconhecido** Identidade: **3002338998** O. Exp: **ssp** UF: **rs** Data Emissão: **16/09/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Gramado, 2331** UF: **RS** CEP: **96090-290**
Complemento: Bairro: **Laranjal** Cidade: **Pelotas** UF: **RS** CEP: **96090-290**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Outras**
Telefones: Celular: **53981568836**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Defendo ☐ Indeferido

Marilane Barcelos Pereira
Administrador Escolar - Ato nº Registro
896227

Mylena da Silva Gomes
Secretário(a) - Ato nº RG 1129845069

Responsável

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****Numero / Série:** 17583 / NFSe
Data Prestação Serviço: 14/09/2023**Emissão:** 14/09/2023 09:08:59
Incidência: PELOTAS (RS)**Retenção ISS: Tributado**
Nº RPS:**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** CENTRO CLINICO PILTCHER LTDA**CPF / CNPJ:** 39.946.634/0001-77**Regime:** Faturamento**Endereço:** Rua Rua Andrade Neves, nº 3006, Bairro Centro**Telefone:****Município:** PELOTAS (RS)**E-Mail:** financeiro@ccpiltcher.com.br**Inscr. Municipal:** 1009931**Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:** CENTRO CLINICO PILTCHER**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0003-31**Endereço:** Rua Matias Jose Bins, nº 581, Bairro Tres Figueiras**Telefone:****Município:** PORTO ALEGRE (RS)**E-Mail:****Inscr. Municipal:****Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS****Código CNAE:** 8610-1/02-00 **Denominação:** ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA**Código Serviço:** 4.03**Serviço:** Hospitais; Clínicas; Laboratórios; Sanatórios; Manicomios; Casas de Saúde; Prontos-Socorros;**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

CONSULTA + SUTURA

RETENÇÕES DE IMPOSTOS**INSS**

R\$ 0,00

COFINS

R\$ 0,00

CSLL

R\$ 0,00

PIS

R\$ 0,00

IRRF

R\$ 0,00

Outras Retenções

R\$ 0,00

DETALHAMENTO DE VALORES**Valor Total da Nota**

R\$ 240,00

Deduções Permitidas em Lei

R\$ 0,00

Base de Cálculo

R\$ 240,00

Alíquota

2,00 %

ISS

R\$ 4,80

Totais Retenções

R\$ 0,00

Valor Líquido:**R\$ 240,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

ISIS SCHMIDT DOS SANTOS DAS NEVES

PIX

Emitido por Maira Guedes Piltcher Recuero

A validação dos dados desta nota poderá ser feita junto ao site da Prefeitura, através do endereço <https://nfe.pelotas.rs.gov.br/> no menu "Consultar" - "Validar Documento" informando o código de validação abaixo:

35B8.9E38.D040.E7AE.F0D3.E82B.A1E3.DE3C

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Urgência () Emergência () Não urgente

Convênio : PAT/PS - PART/AZONASUL - CCP

CENTRO CLÍNICO
RUA DE NEVES, 3006 - PELOTAS - RS

Atendimento Nro: 202700 SAME: 15023

C.N.S.:

CPF: 05807249054 RG:

Paciente ISIS SCHMIDT DOS SANTOS DAS NEVES

Endereço: EDMUNDO BERCHON, 63,

Cidade: PELOTAS

Naturalidade: PELOTAS

Nascimento 30/07/2009

Idade: 14

Convênio: PAT/PS - PART/A

Matricula:

Mãe: KARINE SCHMIDT DOS SANTOS DAS NEVES

Guia:

Responsável:

Executante CRM(2) - CENTRO CLINICO PILTCHER

Data: 14/09/2023

Hora: 08:34:59

Especialidade: CLINICA GERAL

Tipo de Atendimento: CONSULTA PSC

Observação:

PA: ☒ FC: ☒ FR: ☒ SAT: ☒

367

ferimento corto contuso
face sutura sob anest
loz
O medicamento
curativo

Dr. Luciano Piltcher
Clínica Médica
CRM-RS 22802Assinatura Responsável: Médico: Hora: CRM: Triagem de Enfermagem

Apresenta sintomas respiratórios () Sim () Não

HAS () Sim () Não

DM () Sim () Não

Cardiopatia () Sim () Não

Alergias () Sim () Não

Outras Doenças:

Queixa Principal: Bateu com o queixo no chão.

#Medicações de uso contínuo: