

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Lourenço Leal
Nº da Carteirinha: 8.48.6109
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 12/07/2012

Nº da Guia: 16347



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2024	10:44:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Estava brincando de pega-pega, resvalou e caiu por cima da mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Diego	(53) 3225-4188
Suzi	(53) 3225-4188

Quem prestou primeiros socorros	Data
Diego	28/03/2024

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Foi ligado para a mãe e ela virá no colégio.

Ass.: _____

Denise Gomes

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****Número / Série:** 24058 / NFSe
Data Prestação Serviço: 28/03/2024**Emissão:** 28/03/2024 14:17:07
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**Endereço:** Rua Rua Andrade Neves, nº 3006, Bairro Centro**Telefone:****E-Mail:** financeiro@ccpiltcher.com.br**Inscr. Municipal:** 1009931**Nome Fantasia:** CENTRO CLINICO PILTCHER**Regime:** Faturamento**Município:** PELOTAS (RS)**Inscr. Estadual:****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:****E-Mail:****Inscr. Municipal:****Nome Fantasia:****Município:** PORTO ALEGRE (RS)**Inscr. Estadual:****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 Saude; Prontos-Socorros;**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

CONSULTA + RX REFERENTE AO PACIENTE MIGUEL LOURENÇO LEAL

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\$ 250,00

Deduções Permitidas em Lei

R\$ 0,00

Base de Cálculo

R\$ 250,00

Alíquota

2,00 %

ISS

R\$ 5,00

Totais Retenções

R\$ 0,00

Valor Líquido:**R\$ 250,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****CARTAO**

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:**3D53.7C80.16C7.DC33.6935.4E29.B25B.9AE0**

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

() Urgência () Emergência () Não urgente

Convênio : PAT/PS - PART/AZONASUL- CCP

CENTRO CLÍNICO
ANDRADE NEVES, 3006 - PELOTAS - RS

Atendimento Nro: 213285 SAME: 20360 C.N.S.: CPF: 04007242003 RG: 2128878952

Paciente MIGUEL LOURENCO LEAL

Endereço: GEN SMPAIO, 67

Cidade: PELOTAS

Naturalidade: PELOTAS

Nascimento 12/07/2012

Idade: 11

Mãe: VANESSA LUCEIRO LOURENCO

Responsável:

Executante CRM(2) - CENTRO CLINICO PILTCHER

Data: 28/03/2024

Hora: 11:37:13

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Observação:

Bairro: SIMOES LOPES

Fone: 984460017

Sexo: MASCULINO

Convênio: PAT/PS - PART/A

Matrícula:

Gula:

Tipo de Atendimento: CONSULTA PAT

Vitória Machado
CRM-RS 56300

PA: / FC: 82 FR: / SAT: 93% 36.6°C

P. 43 kg
Dor aguda

Paciente teve queda da própria
altura hoje pela manhã.

Com equimose que 4 e 5 dedos
mão (E). Movimento restrito

(A) Fratura M. Esquadrado

(P) Sofrimento com x de M. Esquadrado
prognóstico hoje paralisado

Assinatura Responsável:

Médico:

Hora:

CRM:

Dr. Jonelson Osório
CRM-RS 24995

Triagem de Enfermagem

Apresenta sintomas respiratórios () Sim () Não

HAS () Sim () Não

DM () Sim () Não

Cardiopatia () Sim () Não

Alergias () Sim () Não

Outras Doenças:

Queixa Principal:

#Medicações de uso contínuo:

* Queda do membro anterior
caiu sobre a mão (E) dor
aguda e mínima com hematomas
edema.

EXLUA O DOCUMENTO FISCAL DE Nº INDICADO NESTE
COMPROVANTE. Nº:
TIPO:

cielo

cielo

HOSPITAL GERAL REGION
CNPJ: 39.946.634/0001-77
PELOTAS RS

28/03/24 • 14:16

VIA CLIENTE

DEBITO A VISTA

R\$ 250,00

*****5093

DOC: 257605

MASTERCARD

POS: 00515019