

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Dias Schuster
Nº da Carteira: 3.6.9002
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 27/09/2014

Nº da Guia: 24708

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/02/2025	17:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição

Aluno estava em aula pratica de educação, quando um colega chutou uma bola em sua direção, acertando seu queixo, sentindo muita dor na hora do impacto, chegando a cair. Aluno foi trazido direto ao ambulatório, e feito os primeiros atendimentos. Foi notado sangramento no seu ouvido direito. Aluno relatou que sente dor no ouvido direito ao fechar a boca.

Testemunha da ocorrência

Monitor Samir

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Jaques

Data

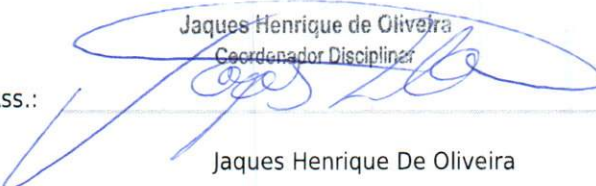
26/02/2025

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido, foi feito contato com a responsável. Foi feito o encaminhamento pro hospital de referencia.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira

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: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Receituário

Paciente: Matheus Dias Schuster

Endereço: Rua José Zaramella, 664 Casa Boa Vista Curitiba PR 82560260 Fone:
999168160

CETOPROFENO ----1 FRASCO
DÊ 40 GOTAS DE 8/8 HORAS 3 DIAS

OTOCIRIAX----1 FRASCO
PINGUE 3 GOTAS NO OUVIDO DIREITO D 8/8 HORAS
5 DIAS

5^º FA - Dom A

21:30

5:30

13:30

5^º FA - 3^º FA

26/02/2025 18:36:38

Dr. Cicero Alaor Kluppel
Pediatra e Homeopatia
CRM 11479

Dr. Cicero Alaor Kluppel - CRM 11479

Carimbo e Assinatura do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota
15812
Data e Hora de Emissão
27/02/2025 11:27:02
Código de Verificação
L3I5FC0C

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: I.M - ODONTOLOGIA PERSONALIZADA LTDA
CPF / CNPJ: 20.182.666/0001-15 **Inscrição Municipal:** 04 12 0692913-2
Endereço: AV. VICENTE MACHADO, 002079 - BAIRRO: BATEL - CEP: 80420011 **Tel.:** 41 - 30133025
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** tc@exactaonline.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Consulta odontológica emergencial

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 380,00

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$380,00

Código da Atividade

04 - 12 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	380,00	5,00	19,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

Mais informações: nota.curitiba.pr.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota
15815
Data e Hora de Emissão
27/02/2025 12:16:20
Código de Verificação
CZX7ZC0E

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: I.M - ODONTOLOGIA PERSONALIZADA LTDA
CPF / CNPJ: 20.182.666/0001-15 **Inscrição Municipal:** 04 12 0692913-2
Endereço: AV. VICENTE MACHADO, 002079 - BAIRRO: BATEL - CEP: 80420011 **Tel.:** 41 - 30133025
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** tc@exactaonline.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Exames radiológicos

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 490,00

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$ 490,00

Código da Atividade

04 - 12 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	490,00	5,00	24,50	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

