



CENTRO DE IMAGEM CINTILOGRAFIA

Idade _____

Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.

☐ Particular ☐ Convênio

☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____

PK S^o du de n^o 0 A + 1

3)

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

☐ Sim
 ☐ Urgente
 ☐ Sim

Suspeita Clínica

Resumo Clínico

Tem exame anterior ☐ Não ☐ RX ☐ U.S. ☐ T.A.C.

☐ Não ☐ RX ☐ U.S. ☐ T.A.C.

* No dia do Exame deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Técnico R.X

Ciba, 02 de maio de 2019

Médico - CRM

Cód 246 - BAG

Lucio Ricciardi
Ortopedia e Traumatologia
Pediatrica
C.N.M. 2.7.7.00



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

2 - Nº Guia no Prestador 4330314000000

1 - Registro ANS	5 - Número da Guia Principal											
000000												
4 - Data de Autorização	5 - Semta											
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira											
16434	31/12/2024											
10 - Nome												
JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BONF												
11 - Cartão Nacional de Saúde												
12 - Atendimento a RN												
N												
Dados do Solicitante												
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado											
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO											
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional											
LUCIO RICIERI PEROTTI	6											
17 - Número no Conselho	27706											
18 - UF	41											
19 - Código CBO	225270											
20 - Assinatura do Profissional Solicitante												
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados												
21 - Cartier Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica										
1	02/05/2024											
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição										
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Auont.											
Dados do Contratado Executante												
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES										
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15563										
Dados do Atendimento												
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta										
23	9											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1 02/05/2024	10:24:21	10:24:21	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	001				1.00	73.28	73.28
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora	CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
58 - Observações / Justificativa												
59 - Total Procedimento (R\$)												
73.28												
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)												
0.00												
61 - Total Materiais (R\$)												
0.00												
62 - Total de OPME (R\$)												
0.00												
63 - Total de Medicamentos (R\$)												
0.00												
64 - Total de Gases Medicinats (R\$)												
0.00												
65 - Total Geral (R\$)												
73.28												
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
68 - Assinatura do Contratado												

AMANDA.KUBIS Data/Hora: 09/05/2024 09:20:54 Contalote: 2388473 Atendimento: 4330314 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA


2388473

1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 16434	9 - Validade da Carteira 31/12/2024
10 - Nome JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BONF	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Cartão Atendim. 1	22 - Data da Solicitação 02/05/2024
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
27 - Ql.Solic.	
28 - Ql.Autoriz.	

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
31 - Código CNES 15563	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data 1 02/05/2024	37-Hora Inicial 10:24:21	38-Hora Final 10:24:21	39-Tabela 22	40-Procedimento 40803120	41-Descrição RX - Mao ou quindodactilo	42 - Qlde 001	43-Via	44-Tec 1,00	45 - Fator Red/Acresc	46-Valor Unitário (R\$) 73,28	47-Valor Total (R\$) 73,28

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional.	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
----------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

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 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 73.28	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total 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\$) 73.28
---	---	------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Felipe do Rocio Straub Bomfim
Nº da Carteira: 3.357.1078
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 28/06/2012

Nº da Guia: 16434

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2024	15:48:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava executando a atividade proposta pelo professor quando acabou se machucando na mão com a bola.

Testemunha da ocorrência

Professor André

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

02/04/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

O aluno foi encaminhado para o Hospital Pequeno Príncipe, foi comunicado os responsáveis via telefone.

Ass.:



Christian Benites

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

Prontuário: 661378

Pedido: 1852796

Atend: 4330314

Paciente: **Joao Felipe Do Rocio Straub Bonfim**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Lucio Ricieri Perotti

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 02/05/2024

Dt Imagem: 02/05/2024

Dt Laudo: 02/05/2024 14:39:41

RADIOGRAFIA DE 5 ° QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle de fratura da falange média.

Relações articulares mantidas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702