

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
| 000000           |                              |

|                         |            |                            |                                            |
|-------------------------|------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Série  | 6 - Data Validade da Série | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador |
| 22/09/2021              | 3459441000 |                            | 3459441000                                 |

|                       |                        |                          |                           |                               |                       |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome                 | 11 - Cartão Nacional da Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|                       | 3883                   | 30/12/2021               | EDUARDO RYUJI KURODA TOMA | 898004098707251               | 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 | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR  | 6                          | 16725                   | 41      | 225124          |                                             |

|                                                          |                         |                          |                        |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Carder Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|                                                          | 1                       | 22/09/2021               |                        |

|             |                             |                |                |                  |
|-------------|-----------------------------|----------------|----------------|------------------|
| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Ql.Solic. | 28 - Ql.Autoriz. |
|             |                             |                |                |                  |

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 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| 05                    |                                                             | 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 22/09/2021                                          | 10:53:27          | 10:53:27        | 22          | 40803112          | RX - Punho     | 001       |          | 1,00     |                       | 63.81                     | 63.81                  |

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

|                |                |                             |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 48 - Seq. Rel. | 49 - Grau Part | 50 - Código na operador/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\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total de CPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 63.81                          | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 63.81                  |

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



|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                |                                   | B - Número da Guia Principal                                 |                           |
| 000000                                                          |                                   |                                                              |                           |
| 4 - Data de Autorização                                         |                                   | 5 - Sessão                                                   |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                    |                                   |                                                              |                           |
| 8 - Número da Carteira                                          |                                   | 9 - Validade da Carteira                                     |                           |
| 3883                                                            |                                   | 30/12/2021                                                   |                           |
| 10 - Nome                                                       |                                   | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                |                           |
| EDUARDO RYUJI KURODA TOMA                                       |                                   | 898004098707251                                              |                           |
| 12 - Atendimento a RN                                           |                                   | N                                                            |                           |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                     |                                   |                                                              |                           |
| 13 - Código na Operadora                                        |                                   | 14 - Nome do Contratado                                      |                           |
| 76591569000130                                                  |                                   | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                           |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                           |                                   |                                                              |                           |
| VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR                            |                                   |                                                              |                           |
| 16 - Conselho Profissional                                      |                                   | 17 - Número no Conselho                                      |                           |
| 6                                                               |                                   | 16725                                                        |                           |
| 18 - UF                                                         |                                   | 19 - Código CBO                                              |                           |
| 41                                                              |                                   | 225124                                                       |                           |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                     |                                   |                                                              |                           |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados</b> |                                   |                                                              |                           |
| 21 - Caracter Atendimento                                       |                                   | 22 - Data da Solicitação                                     |                           |
| 1                                                               |                                   | 22/09/2021                                                   |                           |
| 23 - Indicação Clínica                                          |                                   |                                                              |                           |
| 24 - Tabela                                                     |                                   |                                                              |                           |
| 25 - Código do Procedimento                                     |                                   | 26 - Descrição                                               |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                           |                                   |                                                              |                           |
| 29 - Código na Operadora                                        |                                   | 30 - Nome do Contratado                                      |                           |
| 76591569000130                                                  |                                   | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                           |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                     |                                   |                                                              |                           |
| 32 - Tipo Atendimento                                           |                                   | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  |                           |
| 05                                                              |                                   | 9                                                            |                           |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>    |                                   |                                                              |                           |
| 36 - Data                                                       | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final | 39 - Tabela                                                  | 40 - Procedimento         |
| 1                                                               | 22/09/2021 10:53:27 10:53:27      | 22                                                           | 40803112                  |
|                                                                 |                                   |                                                              | RX - Punho                |
|                                                                 |                                   |                                                              | 41 - Descrição            |
|                                                                 |                                   |                                                              | 42 - Qtd                  |
|                                                                 |                                   |                                                              | 43 - Via                  |
|                                                                 |                                   |                                                              | 44 - Tipo                 |
|                                                                 |                                   |                                                              | 45 - Fator Red/Acresc     |
|                                                                 |                                   |                                                              | 46 - Valor Unitário (R\$) |
|                                                                 |                                   |                                                              | 47 - Valor Total (R\$)    |
|                                                                 |                                   |                                                              | 63.81                     |
|                                                                 |                                   |                                                              | 63.81                     |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>       |                                   |                                                              |                           |
| 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                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>        |                                   |                                                              |                           |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                  |                                   |                                                              |                           |
| 1 - / /                                                         | 2 - / /                           | 3 - / /                                                      | 4 - / /                   |
| 5 - / /                                                         | 6 - / /                           | 7 - / /                                                      | 8 - / /                   |
| 9 - / /                                                         | 10 - / /                          |                                                              |                           |
| <b>58 - Observações / Justificativa</b>                         |                                   |                                                              |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>59 - Total Procedimentos (R\$)</b>                           |                                   |                                                              |                           |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                               |                                   | 61 - Total Materiais (R\$)                                   |                           |
| 63.81                                                           |                                   | 0.00                                                         |                           |
| 62 - Total do OPME (R\$)                                        |                                   | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                             |                           |
| 0.00                                                            |                                   | 0.00                                                         |                           |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                            |                                   | 65 - Total Geral (R\$)                                       |                           |
| 0.00                                                            |                                   | 63.81                                                        |                           |
| <b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>          |                                   |                                                              |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>           |                                   |                                                              |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |
| <b>68 - Assinatura do Contratado</b>                            |                                   |                                                              |                           |
|                                                                 |                                   |                                                              |                           |

GUIOMAR, Data/Hora: 22/09/2021 10:52:17

Conta/Lote: 1869651

Atendimento: 3459441

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1869651

1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
3883

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

EDUARDO RYUI KURODA TOMA

11 - Cartão Nacional de Saúde  
898004098707251

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
59

14 - Nome do Contratado  
LUCIO RICIERI PEROTTI

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 - Caracter Alendm.  
22 - Data da Solicitação  
22/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
40803112

26 - Descrição  
RX - Ponto

27 - Qtd. Solic.  
1

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado  
ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES  
15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento  
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data   | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtd. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Faiz Red/Acrasc | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
|-------------|-------------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1- 11/11/21 | 11:00             | 12:00           | 111111                                  |                |           |          |           |                      |                          |                       |
| 2- 11/11/21 | 12:00             | 13:00           | 111111                                  |                |           |          |           |                      |                          |                       |
| 3- 11/11/21 | 13:00             | 14:00           | 111111                                  |                |           |          |           |                      |                          |                       |
| 4- 11/11/21 | 14:00             | 15:00           | 111111                                  |                |           |          |           |                      |                          |                       |
| 5- 11/11/21 | 15:00             | 16:00           | 111111                                  |                |           |          |           |                      |                          |                       |

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

| 1- 1/1/21 | 2- 1/1/21 | 3- 1/1/21 | 4- 1/1/21 | 5- 1/1/21 | 6- 1/1/21 | 7- 1/1/21 | 8- 1/1/21 | 9- 1/1/21 | 10- 1/1/21 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
|           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
|           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
|           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPROD/Clínica - Data: 22/09/2021 10:45:14

Atendimento: 3459398

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE



3459398

Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Ryuji Kuroda Toma  
Nº da Carteira: 3.7.5915  
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 04/03/2009

Nº da Guia: 3883

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                |
|--------------------|----------|--------|--------------------------|
| 22/09/2021         | 09:11:00 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Antebraço Direito, Mão Direita |

## Descrição

No horário do intervalo, Eduardo estava jogando bola e era o goleiro. O colega chutou a bola e quando ele foi defender, a bola bateu no seu punho direito e começou a sentir dor.

## Testemunha da ocorrência

| Monitor | Telefone       |
|---------|----------------|
| Monitor | (41) 3051-8550 |

## Quem prestou primeiros socorros

| Monitor | Data       |
|---------|------------|
| Monitor | 22/09/2021 |

| Local de atendimento            | Endereço                | Nº       | Bairro                       | Telefone                         |
|---------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------|----------------------------------|
| HPP - Hospital Pequeno Príncipe | Rua Desembargador Motta | 107<br>0 | Água Verde, Curitiba<br>- PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

## Observações

Ao abrir e fechar a mão direita, o aluno sente bastante desconforto. Foi atendido pelo monitor e aplicado gelo e compressa de gelo no local, mesmo assim, Eduardo relata que a dor não passa.

Ass.:

*Victor de Souza Rodoval*

Victor de Souza Rodoval

**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  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral

|                     |                                         |              |                     |        |         |
|---------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------------|--------|---------|
| Prontuário:         | 196199                                  | Pedido:      | 1092394             | Atend: | 3459441 |
| Paciente:           | EDUARDO RYUJI KURODA TOMA               |              |                     |        |         |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA                      | Cod. Exame:  | 75                  |        |         |
| Médico Solicitante: | VICTOR HORACIO DE SOUZA<br>COSTA JUNIOR | Data Pedido: | 22/09/2021 10:53:00 |        |         |
|                     |                                         | Data Laudo:  | 23/09/2021 14:37:49 |        |         |

### RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

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.



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702

|                                          |                                                          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000               | 3 - Número da Guia Principal                             |
| 4 - Data de Autorização<br>22/09/2021    | 5 - Sembr<br>3459611000                                  |
| 6 - Data Validade da Sembr<br>3459611000 | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador<br>3459611000 |

|                                |                                        |                                        |                                                  |                            |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>3883 | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2021 | 10 - Nome<br>EDUARDO RYUJI KURODA TOMA | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>898004098707251 | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|

|                      |                                            |                                                                                         |
|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |
|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                |                                 |                                  |               |                           |                                             |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI | 16 - Conselho Profissional<br>6 | 17 - Número no Conselho<br>27706 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                          |                                |                                        |                        |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Cardápio Atendimento<br>1 | 22 - Data da Solicitação<br>22/09/2021 | 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<br>76591569000130 | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563 |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

Dados do Atendimento

|                             |                                                                  |                       |                                            |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento<br>05 | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

|                           |                               |                             |                   |                               |                              |                  |          |                  |                                |                                   |                                 |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------|----------|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 36 - Data<br>1 22/09/2021 | 37 - Hora Inicial<br>12:39:47 | 38 - Hora Final<br>12:39:47 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Procedimento<br>40803112 | 41 - Descrição<br>RX - Punho | 42 - Qlde<br>001 | 43 - Via | 44 - Tec<br>1,00 | 45 - Fator Red/Acresc<br>63,81 | 46 - Valor Unidade (R\$)<br>63,81 | 47 - Valor Total (R\$)<br>63,81 |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------|----------|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

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

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1- / / | 2- / / | 3- / / | 4- / / | 5- / / | 6- / / | 7- / / | 8- / / | 9- / / | 10- / / |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|

59 - Observações / Justificativa

|                                         |                                           |                                    |                                   |                                          |                                             |                                |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>63,81 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00 | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0,00 | 62 - Total de OPIAE (R\$)<br>0,00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0,00 | 64 - Total de Gases Médicinas (R\$)<br>0,00 | 65 - Total Guia (R\$)<br>63,81 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|

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

MARIA. Data/Hora: 01/10/2021 14:09:54

Contat. ale: 1869742

Atendimento: 3459611

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1869742



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

2 - Nº Guia no Prestador 3459611000000

1 - Registro ANS 3459611 4092440

4 - Data da Autorização 000000

5 - Número da Guia Principal

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira 3883

9 - Validade da Carteira 30/12/2021

10 - Nome EDUARDO RYUJI KURODA TOMA

11 - Cartão Nacional de Saúde 898004098707251

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

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 - Caracter. Atendim. 1

22 - Data da Solicitação 22/09/2021

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 05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta 9

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 1 22/09/2021 37 - Hora Inicial 12:39:47 38 - Hora Final 12:39:47 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 40803112 41 - Descrição RX - Punho

42 - Qlde 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 63.81 45 - Fator Red./Acresc 63.81 46 - Valor Unitário (R\$) 63.81 47 - Valor Total (R\$) 63.81

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 Procedimentos (R\$) 63.81

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total Materiais (R\$) 0.00

62 - Total do OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 63.81

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS 0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3883

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

EDUARDO RYUJI KURODA TOMA

11 - Cartão Nacional de Saúde

898004098707251

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

59

14 - Nome do Contratado

LUCIO RICIERI PEROTTI

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 - Caráter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 22/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

40803112

26 - Descrição

FX - Ponto

27 - Cide. Solic.

1

28 - Cide. Aut.

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fat Red/Acresc

46 - Valor Unitário(R\$)

47 - Valor Total(R\$)

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

48 - Seq Ref. 49 - Grau Part. 49 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cons 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 Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: ACESSORRD Data/Hora: 22/09/2021 12:21:56

Atendimento: 3459398

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE



3459398

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduardo Ryuji Kuroda Toma

Nº da Carteira: 3.7.5915

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 04/03/2009

Nº da Guia: 3883

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                |
|--------------------|----------|--------|--------------------------|
| 22/09/2021         | 09:11:00 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Antebraço Direito, Mão Direita |

| Descrição                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No horário do intervalo, Eduardo estava jogando bola e era o goleiro. O colega chutou a bola e quando ele foi defender, a bola bateu no seu punho direito e começou a sentir dor. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor                  | (41) 3051-8550 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitor                         | 22/09/2021 |

| Local de atendimento            | Endereço                | Nº   | Bairro                    | Telefone                         |
|---------------------------------|-------------------------|------|---------------------------|----------------------------------|
| HPP - Hospital Pequeno Príncipe | Rua Desembargador Motta | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

| Observações                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ao abrir e fechar a mão direita, o aluno sente bastante desconforto. Foi atendido pelo monitor e aplicado gelo e compressa de gelo no local, mesmo assim, Eduardo relata que a dor não passa. |

Ass.: 

Wictor de Souza Rodoval

**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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral

|                                            |                                  |                |
|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Prontuário: 196199                         | Pedido: 1092440                  | Atend: 3459611 |
| Paciente: <b>EDUARDO RYUJI KURODA TOMA</b> |                                  |                |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA               | Cod. Exame: 75                   |                |
| Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI  | Data Pedido: 22/09/2021 12:39:00 |                |
|                                            | Data Laudo: 23/09/2021 14:42:50  |                |

### RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Exame de controle sob imobilização gessada.

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.



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702

|                         |            |                               |                                 |
|-------------------------|------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS        | 000000     | 5 - Número da Guia Principal  |                                 |
| 4 - Data da Autorização | 22/09/2021 | 5 - Senha                     | 3459880000                      |
| Dados do Beneficiário   |            | 6 - Data Validade da Senha    |                                 |
| 8 - Número da Carteira  | 3893       | 9 - Validade da Carteira      | 30/12/2021                      |
|                         |            | 10 - Nome                     | RAFAELLA DOS REIS MOREIRA BONET |
|                         |            | 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                    | RICARDO PEREIRA MAROT       | 16 - Conselho Profissional | 6                                                            |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                             | 17 - Número no Conselho    | 44009                                                        |
| 21 - Cartão Atendim.                                     | 2                           | 22 - Data da Solicitação   | 22/09/2021                                                   |
|                                                          |                             | 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 |
| Dados do Atendimento                                  |                | 31 - Código CNES                                            | 15563                                                        |
| 32 - Tipo Atendimento                                 | 05             | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) |                                                              |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                | 34 - Tipo de Consulta                                       |                                                              |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento            | 9              |                                                             |                                                              |

|           |                   |                 |             |                   |                |                                           |          |          |                        |                          |                        |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------|-------------------------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 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 Unidade (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 1         | 22/09/2021        | 17:18:47        | 17:18:47    | 22                | 40804089       | RX - Articulacao tibiofemoral (tornozelo) | 001      | 1.00     |                        | 61.08                    | 61.08                  |

**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.                                                | / / | 5.                                             | / / |
| 2.                                                | / / | 6.                                             | / / |
| 3.                                                | / / | 7.                                             | / / |
| 4.                                                | / / | 8.                                             | / / |
| 9.                                                | / / | 10.                                            | / / |

**58 - Observações / Justificativa**

|                                |                                   |                            |                          |                                  |                                     |                        |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 61.08                          | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                | 61.08                  |

**66 - Assinatura do Responsável pela Autorização**

**67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

**68 - Assinatura do Contratado**

|        |                                |                    |                      |                                          |
|--------|--------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------------------|
| MARIA. | Data/Hora: 01/10/2021 14:14:08 | Conta/Cte: 1869925 | Atendimento: 3459880 | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |
|--------|--------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------------------|



1 - Registro ANS

3459 880 109 2553

3 - Número da Guia Principal

000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3893

9 - Validade da Carteira

30/12/2021

10 - Nome

RAFAELLA DOS REIS MOREIRA BONET

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

RICARDO PEREIRA MAROT

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

44009

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

22/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. 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

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

22/09/2021

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela

17:18:47 17:18:47 22

40 - Procedimento

40804089

41 - Descrição

RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

42 - Qtd

001

43 - Via

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

61,08

47 - Valor Total (R\$)

61,08

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

48 - Seq. Prof.

49 - Grau Part.

50 - Código na operador/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\$)

61.08

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 Médicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

61.08

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS 0 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Arquivado para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3893

9 - Validade da Carteira

10 - Nome RAFAELLA DOS REIS MOREIRA BONETTI CAMPAN

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 59 14 - Nome do Contratado ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 21395

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 22/09/2021 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 40804089 26 - Descrição RX - Articulacao Iliofemoral (homoleo)

27 - Qlde. Solic. 1

28 - Qlde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qlde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Faix Red/Acresc | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|-----------|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1-1       | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                   | 11                       | 11                    |
| 2-1       | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                   | 11                       | 11                    |
| 3-1       | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                   | 11                       | 11                    |
| 4-1       | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                   | 11                       | 11                    |
| 5-1       | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                   | 11                       | 11                    |

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 49 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Cons 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- / / |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 2-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 3-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 4-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 5-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 6-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 7-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 8-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 9-1    | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |
| 10-1   | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      |

58 - Observações / Justificativa

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

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 22/09/2021 17:12:50

Atendimento: 3459856

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE



3459856

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Rafaela dos Reis Moreira Bonetti Campanucci

**Nº da Carteirinha:** 3.30.2123

**Instituição:** Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

**Data de Nascimento:** 11/12/2012

**Nº da Guia:** 3893

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 22/09/2021         | 08:40:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| Torção          | Joelho Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

Aluna estava na aula de Educação Física, e durante uma atividade de salto de obstáculo, a aluna enroscou o pé no obstáculo e caiu batendo o joelho e torceu o tornozelo. Foi aplicado gelo no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone   |
|--------------------------|------------|
| Professora Carine        | 4130285400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Gislaynne              | 22/09/2021 |

| Local de atendimento            | Endereço                | Nº   | Bairro                    | Telefone                         |
|---------------------------------|-------------------------|------|---------------------------|----------------------------------|
| HPP - Hospital Pequeno Príncipe | Rua Desembargador Motta | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

### Observações

Aluna foi atendida pela monitora, a qual aplicou gelo no tornozelo. Família foi informada do ocorrido, caso optem por levar a aluna para uma avaliação médica.

Ass.:

Bárbara Dalpico Balieiro Rodrigues

**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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral

|                     |                                          |              |                     |        |         |
|---------------------|------------------------------------------|--------------|---------------------|--------|---------|
| Prontuário:         | 218391                                   | Pedido:      | 1092553             | Atend: | 3459880 |
| Paciente:           | RAFAELLA DOS REIS MOREIRA BONETTI CAMPAN |              |                     |        |         |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA                       | Cod. Exame:  | 93                  |        |         |
| Médico Solicitante: | RICARDO PEREIRA MAROT                    | Data Pedido: | 22/09/2021 17:18:00 |        |         |
|                     |                                          | Data Laudo:  | 23/09/2021 14:55:42 |        |         |

### RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Incidências: frente e perfil

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

\*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."



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702