

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

2 - Nº Guia no Prestador 3466366000000

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

000000

4 - Data de Autorização

29/09/2021

5 - Sembr

3466366000

6 - Data Validade da Sembr

3466366000

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora

3466366000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

366227

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CAR

11 - Cartão Nacional de Saúde

N

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

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 Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Taboia 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autenc.

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

1

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 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Taboia 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Accresc

46 - Valor Unidade (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sembr 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\$)

0.00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

121.72

61 - Total Materiais (R\$)

112.68

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

234.40

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

EDUARDA.

Data/Hora: 13/10/2021 13:24:18

Contato: 1873871

Atendimento: 3466366

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1873871

1 / 1

1 - Registro ANS .. 2 - Número da Guia Referenciada
000000 3466366000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130 4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Despesas Realizadas

5 - Código CNES 15563

6 - CD	7 - Data	8 - Hr. Inicial	9 - Hr. Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário-R\$	16 - Valor Total-R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
1 - 03	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	00	0000045566	2	036	1,00	11,40	22,81
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CM X 2 M										
2 - 03	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	19	70034664	3	045	1,00	9,02	27,08
20 - Descrição: Aladura Ortopédica de Algodão 10cm x 1,8m Crenier										
3 - 03	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	00	0000045567	3	036	1,00	18,31	54,95
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M										
4 - 03	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	00	0000272670	200	038	1,00	0,03	7,84
20 - Descrição: MALHA TUBULAR 08 CM										
5 - 07	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	18	60023384	1	036	1,00	121,72	121,72
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL										

21 - Total Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPME R\$	25 - Total Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$
0,00	0,00	112,68	0,00	121,72	0,00	234,40

1 - Registro ANS

000000

5 - Número da Guia Principal

3466366000000

4 - Data da Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validada da Sembr

7 - Número de Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

366227

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CAR

12 - Atendimento a RM

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 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/09/2021

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

59

30 - Nome do Contratado

LUCIO RICIERI PEROTTI

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

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

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Real/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor

49 - Valor

50 - Valor

51 - Valor

1	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001	1.00	132.00	132.00
2	29/09/2021	11:48:52	11:48:52	22	30721130	Fratura de punho - Tratamento conservador	001	1.00	258.16	258.16

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 -

57 - Observações / Justificativa

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

390.16

60 - Total Transf. e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de Opine (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

390.16

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

MARJORIE.

Data/Hora: 29/09/2021 18:16:25

Contat/Lote: 1873871

Atendimento: 3466366

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1873871

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Klisciane Rayssa dos Santos Carmo
Nº da Carteirinha: 3.6.6227
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 3962

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/09/2021	10:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito, Cabeça

Descrição

A aluna estava em educação física, e sem que houvesse algum choque, acabou desequilibrando e caiu. Na queda, acabou batendo a mão, e devido ao peso ficar no antebraço direito, acabou sentindo dores na região. Quando caiu, também bateu a cabeça na região da nuca e ficou um pouco atordoada no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor de Educação Física e a Monitora Janaína.	29/09/2021

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

Observações

A aluna foi levada ao ambulatório da unidade escolar foi passado gelol e gelo no local do antebraço., Como não inchou a região da cabeça, não foi necessário gelo no local. A aluna ficou em observação e foi encaminhada junto com o responsável.

COLÉGIO ADVENTISTA BOA VISTA

Rua Fernando de Noronha, 470
Santa Cândida - Curitiba - PR
e-mail: cabv@educadventista.org.br
cabv.educacaoadventista.org.br
Fone: 3051-8620

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

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