

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 22/10/2021 5 - Série 4225 6 - Data Validação da Série

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 4225

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2325610 9 - Validade da Carteira 22/10/2021 10 - Nome GYOVAN GABRIEL GERALDO DE SOUZ

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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 25919 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 22/10/2021 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 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 - Cnt. 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel. 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\$) 265.41 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\$) 387.13

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

EDUARDA. Data/Hora: 08/11/2021 08:22:40

Contat.Lote: 1887638

Atendimento: 3488315

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS . 000000	2 - Número da Guia Referenciada 4225
------------------------------	---

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130	4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	5 - Código CNES 15563
---	--	--------------------------

Despesas Realizadas

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\$ 19 - Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total-R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
1 - 03	22/10/2021	11:27:11		00	0000045567	8	036	1,00	18,31	146,55
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M										
2 - 03	22/10/2021	11:27:11		19	70034654	5	045	1,00	9,02	45,14
20 - Descrição: Aladura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer										
3 - 03	22/10/2021	11:27:11		00	0000045538	8	045	1,00	8,21	65,68
20 - Descrição: ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER										
4 - 03	22/10/2021	11:27:11		00	0000272671	150	038	1,00	0,05	8,04
20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM										
5 - 07	22/10/2021	11:27:11		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\$ 0,00	22 - Total de Medicamentos R\$ 0,00	23 - Total de Materiais R\$ 265,41	24 - Total de OPME R\$ 0,00	25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 121,72	26 - Total de Diárias R\$ 0,00	27 - Total Geral R\$ 387,13
---	--	---------------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 22/10/2021	5 - Senha ATIVO
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18898

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2325610	9 - Validade da Carteira 22/10/2021
10 - Nome GYOVAN GABRIEL GERALDO DE SOUZ	
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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	
16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919
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 22/10/2021
23 - Indicação Clínica	

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

Dados do Contrato 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 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da 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 Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
--	-------------	-------------------	----------------	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

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 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

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 Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	-------------------------------

ELAINE.

Data/Hora: 22/10/2021 11:24:27

Conta/Lote: 1887638

Atendimento: 3488315

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1887638

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gyovan Gabriel Geraldo de Souza

Nº da Carteira: 2.32.5610

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 16/04/2013

Nº da Guia: 4225

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2021	09:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Pé Direito

Descrição

Em atividades, torceu o pé para fora.

Testemunha da ocorrência

Profª Rosilene

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Monitor

Data

22/10/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

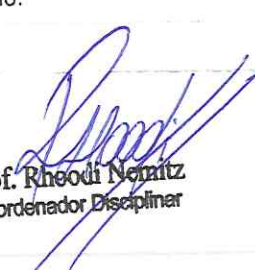
Bairro

Telefone

Atendimento no próprio
estabelecimento

Observações

Mãe mesmo o levará ao HPP pelo colégio, não possui plano.


Prof. Rheodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 22/10/2021 5 - Sessão 4235 6 - Data Validade da Sessão 4235 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 4235

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 4235 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome MARIANA DE MEDEIROS ELIAS 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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 25919 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Cartão Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 22/10/2021 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 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 Red.Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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\$) 0.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 121.72 61 - Total Materiais (R\$) 88.35 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\$) 210.07

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



Clínica Adventista
de Curitiba

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS .. 000000	2 - Número da Guia Referenciada 4235
-------------------------------	---

Dados do Contratado Executante

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

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hr. Inicial	9 - Hr. Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	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	22/10/2021	15:44:44	15:44:44	00	0000045565	3	036	1.00	6.30	18.91
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CM X 2 M										
2 - 03	22/10/2021	15:44:44	15:44:44	19	70034664	3	045	1.00	9.02	27.08
20 - Descrição: Aladura Ortopédica de Algodão 10cm x 1,8m Cremer										
3 - 03	22/10/2021	15:44:44	15:44:44	00	0000045566	3	036	1.00	11.40	34.22
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CM X 2 M										
4 - 03	22/10/2021	15:44:44	15:44:44	19	70861978	200	038	1.00	0.04	8.14
20 - Descrição: MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 6,0CM X 15,0M										
5 - 07	22/10/2021	15:44:44	15:44:44	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\$ 0.00	22 - Total de Medicamentos R\$ 0.00	23 - Total de Materiais R\$ 88.35	24 - Total de OPME R\$ 0.00	25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 121.72	26 - Total de Diárias R\$ 0.00	27 - Total Geral R\$ 210.07
---	--	--------------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 3488688000000

4 - Data de Autorização 22/10/2021 5 - Setor 4235 6 - Data Validada da Setor 18909

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 4235 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome MARIANA DE MEDEIROS ELIAS 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RV 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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 25919 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 22/10/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 31 - Código CNES 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 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 22/10/2021 15:44:44 15:44:44 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001

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\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (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

GABRIELLE. Data/Hora: 22/10/2021 15:41:49 Contato/ote: 1887825 Atendimento: 3488688 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mariana de Medeiros Elías

Nº da Carteira: 2.32.5535

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 25/01/2010

Nº da Guia: 4235

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2021	13:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição

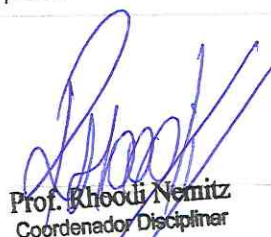
Correndo atrás da bola, caiu por cima do antebraço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Patrícia.	(41) 3051-8600

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A mãe mesma a levará ao HPP pelo colégio... Não possui plano.


Prof. Rhodri Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

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

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

4 - Data da Autorização 22/10/2021 **5 - Sintoma** 4226

Dados do Beneficiário **8 - Número da Carteira** 2781369 **9 - Validade da Carteira** 22/10/2021

10 - Nome MAYARA DA COSTA DE OLIVEIRA **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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS **16 - Conselho Profissional** 6

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados **21 - Carteira Atendim.** 2 **22 - Data da Solicitação** 22/10/2021 **23 - Indicação Clínica**

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130 **30 - Nome do Contratado** ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

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

48 - Seq. Ref. **49 - Grau Part.** **50 - Código na operadora/CPF** **51 - Nome do Profissional**

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00 **60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)** 121.72 **61 - Total Materiais (R\$)** 138.55 **62 - Total de OPME (R\$)** 0.00 **63 - Total de Medicamentos (R\$)** 0.00 **64 - Total de Casos Médicos (R\$)** 0.00 **65 - Total Geral (R\$)** 260.27

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização **67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/ISADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS .. 000000	2 - Número da Guia Referenciada 4226
-------------------------------	---

Dados do Contratado Executante

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

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hr. Inicial	9 - Hr. Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	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	22/10/2021	11:38:26	11:38:26	19	70034664	3	045	1,00	9,02	27,08
20 - Descrição: Aladura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer										
2 - 03	22/10/2021	11:38:26	11:38:26	00	0000045538	4	045	1,00	8,21	32,84
20 - Descrição: ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER										
3 - 03	22/10/2021	11:38:26	11:38:26	00	0000272671	100	038	1,00	0,05	5,36
20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM										
4 - 03	22/10/2021	11:38:26	11:38:26	00	0000045567	4	036	1,00	18,31	73,27
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M										
5 - 07	22/10/2021	11:38:26	11:38:26	18	60023384	1	036	1,00	121,72	121,72
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL										

Z1 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	Z2 - Total de Medicamentos R\$ 0,00	Z3 - Total de Materiais R\$ 138,55	Z4 - Total de OPME R\$ 0,00	Z5 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 121,72	Z6 - Total de Diárias R\$ 0,00	Z7 - Total Geral R\$ 260,27
---	--	---------------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------

1 - Registro ANS 000000

2 - Número da Guia Principal

3 - Senha

4 - Data da Autorização

5 - Data Validade da Senha

6 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Nome

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

25919

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

22 - Data da Solicitação

22/10/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q. Solic.

28 - Q. 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

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 - Q. Ide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total da OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ELAINE.

Data/Hora: 22/10/2021 11:35:35

Conta/Lote: 1887645

Atendimento: 3488341

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1887645

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mayara da Costa Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.78.1369
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 09/09/2005

Nº da Guia: 4226



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2021	09:29:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito

Descrição
Durante a aula de educação, jogando futebol, a aluna ao fazer um passe, acabou caindo e torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mirian Rosa de Freitas Montin	4199101387

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mirian Rosa de Freitas Montin	22/10/2021

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 professora de educação física aplicou gelol no local e foi colocado gelo.

Ass.:

Mirian Rosa De Freitas Montin

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