

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

RPS nº. 299088, Série: U, emitido em 10/05/2018, conversão em 10/05/2018

Número da Nota

297714

Data e Hora de Emissão

10/05/2018 00:00:00

Código de Verificação

V70NN50P

PRESTADOR DE SERVIÇOS**Razão Social:** ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO**CPF / CNPJ:** 76.591.569/0001-30**Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2**Endereço:** IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010**Município:** CURITIBA**UF:** PR**Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INST ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0004-12**IMU:** 0655696-3**Outro Doc.:****Endereço:** JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070**Município:** Curitiba**UF:** PR**Email:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 642,60

11 MAIO 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$642,60

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	642,60	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

Agrupamento: 3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EXAMES RADIOLOGIC Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATOR

Remessa: 104945 Competência: 05/2018

Entrega: 10/05/2018

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
19/03/2018	19/03/2018	2330900000		1242417	2330900	CECILIA SPELIER ROLIN 000000000000000000	42,55
10/04/2018	10/04/2018	2358934000		1257467	2358934	DAVI HENRIQUE FAUSTINO SIL0000	42,14
03/05/2018	03/05/2018	2390161000		1275400	2390161	ELOISA DUBINSKI GONCALVES2374161	78,48
29/03/2018	29/03/2018	2343795000		1248847	2343795	JOAO BALATKA NETO 000000000000000000	37,97
18/04/2018	18/04/2018	2369817000		1263604	2369817	JOAO VITOR MESQUITA 000000000000	44,62
11/04/2018	11/04/2018	2359851000		1257916	2359851	MARCOS HENRIQUE PEDROZ0000000000	39,53
10/04/2018	10/04/2018	2358844000		1257395	2358844	MARIA FERNANDA OPAZO POI00000	37,97
13/04/2018	13/04/2018	2363164000		1259669	2363164	MARIANA KOT DE ABREU BOR0000000	37,97
03/05/2018	03/05/2018	2390053000		1275332	2390053	MATHEUS CULPI MANNRICH 4964	40,44
23/03/2018	23/03/2018	2336212000		1244862	2336212	NICOLAS FRAGOSO DOMINGU00000000000000	39,53
17/04/2018	17/04/2018	2368714		1263110	2368714	SAMUEL DE BRITO PEREIRA 00000	39,53
04/05/2018	04/05/2018	2391043000		1275871	2391043	SAMUEL DE BRITO PEREIRA 000000000000	39,64
27/04/2018	27/04/2018	2382633000		1270660	2382633	SAMUEL DE BRITO PEREIRA 00000000000000	39,64
19/04/2018	19/04/2018	2371946000		1264786	2371946	THAYS MANFRINI GUALBERT 00000	37,97
23/04/2018	23/04/2018	2376466000		1267397	2376466	VINICIUS GUES DA SILVA 0000000000	44,62

Total : 15 642,60

Total Geral : 15 642,60

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2330900000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2330900000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 19/03/2018	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome CECILIA SPELIER ROLIN	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante ULISSES COELHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36666	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
23 - Indicação Clínica						
21 - Tipo Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/03/2018	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.						
31 - Código GNES 15563						
32 - Tipo Atendimento 11						
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)						
34 - Tipo de Consulta 2						
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 19/03/2018 16:45 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.55 42.55						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.55						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 42.55						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 23309000000000

Folha: 1 / 1

2330900 - 204160

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2330900	6 - Data de Validade da Senha 2330900	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2330900	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome CECILIA SPELIER ROLIN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ULISSES COELHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36666	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/03/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 19/03/2018 16:45 16:45 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULIA					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 42.55 42.55					
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gz. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.55 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 42.55					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



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

2. Nº de Cadastro

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <i>Caluza Apolin</i>				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado					
Dados do Profissional Solicitante						
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
1 -	9993356	27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.				
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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.
1 -						43 - Valor Red/Acresc.
2 -						44 - Valor Unitário (R\$)
3 -						
4 -						
5 -						
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 -		3 -		5 -		7 -
2 -		4 -		6 -		8 -
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$)						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)						
61 - Total de Materiais (R\$)						
62 - Total de 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						

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 267948 Pedido: 707460
Paciente: CECILIA SPELIER ROLIN
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: ULISSES COELHO JUNIOR

Data Pedido: 19/03/2018
Data Laudo: 29/03/2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do terço médio da clavícula esquerda.

*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.



Dra. ANGELA CRISTINA BERTOLDI
CRM: 15468



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
CECÍLIA SPENIER ROLIN		4942	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		3051-8600	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
RUA: Bom Pastor, 606		CTBA	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
19/03/2018	☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
13:50H.			
LOCAL ONDE OCORREU:			
PARQUINHO			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
SOFREU QUEDA DO ESCORREGADOR, BATENDO A LATERAL DA CABEÇA E TBM O OMBRO ESQUERDO NO CHÃO.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		Rhodi Nemitz Coordenador Disciplinar 19/03/2018	
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2358934000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2358934000	6 - Data de Validade da Senha 2358934000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira **	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA PONATH	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 22588	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/04/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 10/04/2018 19:43 22 40901063 RX - SEIOS DA FACE					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tsc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 42.14 42.14					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Or. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.14					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 42.14					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2358934000000

Folha: 1 / 1

2358934 - 435924

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome				
**	30/12/2018	DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado					
76591569000130	ASSOCIACAO 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	
ALESSANDRA PONATH	6	22588	41	225124		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
2	10/04/2018					
24 - Tabela						
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES				
76591569000130	ASSOCIACAO 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
1 10/04/2018 19:43	22 40801063 RX - SEIOS DA FACE	001 1.0 42.14 42.14				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -		
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (RS)						
42.14	60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)	61 - Total de Materiais (RS)	62 - Total de OPME (RS)	63 - Total de Medicamentos (RS)	64 - Total de Gases Medicinais (RS)	65 - Total Geral (RS)
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	42.14
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



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

2. Nº de Registro Profissional

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
------------------------	--------------------------

10 - Nome **DAU WINDY**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
----------------------------	-------------------------

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
------------------------------	--------------------------

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 - **4200.10.6.3**2 - **RX**3 - **Sior na FAV**4 - **10.05.14**5 - **10.05.14**6 - **10.05.14**7 - **10.05.14**8 - **10.05.14**9 - **10.05.14**10 - **10.05.14**11 - **10.05.14**12 - **10.05.14**13 - **10.05.14**14 - **10.05.14**15 - **10.05.14**16 - **10.05.14**17 - **10.05.14**18 - **10.05.14**19 - **10.05.14**20 - **10.05.14**21 - **10.05.14**22 - **10.05.14**23 - **10.05.14**24 - **10.05.14**25 - **10.05.14**26 - **10.05.14**27 - **10.05.14**28 - **10.05.14**29 - **10.05.14**30 - **10.05.14**31 - **10.05.14**32 - **10.05.14**33 - **10.05.14**34 - **10.05.14**35 - **10.05.14**36 - **10.05.14**37 - **10.05.14**38 - **10.05.14**39 - **10.05.14**40 - **10.05.14**41 - **10.05.14**42 - **10.05.14**43 - **10.05.14**44 - **10.05.14**45 - **10.05.14**46 - **10.05.14**47 - **10.05.14**48 - **10.05.14**49 - **10.05.14**50 - **10.05.14**51 - **10.05.14**52 - **10.05.14**53 - **10.05.14**54 - **10.05.14**

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--------------------------	---

34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data	39 - Hora Inicial	40 - Hora Final	41 - Descrição
-----------	-------------------	-----------------	----------------

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

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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de 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
---	--	-------------------------------

Dra. Alessandra Ponatti

CRM 22988
Pediatria

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 11710 Pedido: 715924

Paciente: DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ALESSANDRA PONATH

Data Pedido: 10/04/2018

Data Laudo: 11/04/2018

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

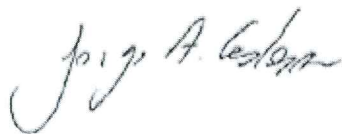
Os seguintes aspectos foram observados:

Seios da face com transparência normal.

Estrutura óssea íntegra.

Impressão : Exame compatível com a normalidade.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:	DAVI H. FAUSTINO SILVA	Nº DA MATRÍCULA:	4651
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	COL. ADVENTISTA ALTO BOQUEIRÃO	TELEFONE:	3031-8600
ENDEREÇO:	R. Bom Pastor, 606	CIDADE:	CTBA
		UF:	PR

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
10/04/2018	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☒ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
16:00	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
	☐ QUEIMADURA	☐ JOGO DE FUTEBOL
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
PÁTIO	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
RECREIO	☐ TRAUMA	☐ NATAÇÃO
	☐ TRAUMA COM BOLA	☒ RECREIO
	☐ OUTROS	☐ SALA DE AULA
	QUAL?	☒ OUTROS
		QUAL?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

HOVE EMPUROS NA FILA E OUTRO ALUNO ACABOU BATENDO
SEU CABEÇA NO NARIZ DO ALUNO DAVI

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



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

2 - N° Guia no Prestador **2390161000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/05/2018		5 - Senha 2390161000	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2390161000	
8 - Número da Carteira 2374161		10 - Nome ELOISA DUBINSKI GONCALVES DA SILVA	
13 - Código da Operadora 76591569000130		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS		12 - Atendimento a RN N	
21 - Caracter do Atendimento 2		13 - Conselho Profissional 6	
22 - Data da Solicitação 03/05/2018		14 - UF 41	
23 - Indicação Clínica		15 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270	
24 - Tabela		16 - Conselho Profissional 33840	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		17 - Número no Conselho 33840	
26 - Descrição		18 - UF 41	
27 - Ql.Solic.		19 - Código CBO 225270	
28 - Ql.Autoriz.		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
29 - Tipo Atendimento 11		21 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
30 - Código na Operadora 76591569000130		31 - Tipo de Consulta 2	
32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
33 - Tipo Atendimento 11		34 - Tipo de Consulta 2	
34 - Nome do Contratado Exercitante		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
35 - Código na Operadora 76591569000130		36 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
37 - Tipo Atendimento 11		38 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
39 - Código na Operadora 76591569000130		40 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
41 - Tipo Atendimento 11		42 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
43 - Código na Operadora 76591569000130		44 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
45 - Tipo Atendimento 11		46 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
47 - Código na Operadora 76591569000130		48 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
49 - Tipo Atendimento 11		50 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
51 - Código na Operadora 76591569000130		52 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
53 - Tipo Atendimento 11		54 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
55 - Código na Operadora 76591569000130		56 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
57 - Tipo Atendimento 11		58 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
59 - Código na Operadora 76591569000130		60 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
61 - Tipo Atendimento 11		62 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
63 - Código na Operadora 76591569000130		64 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
65 - Tipo Atendimento 11		66 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
67 - Código na Operadora 76591569000130		68 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
69 - Tipo Atendimento 11		70 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
71 - Código na Operadora 76591569000130		72 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
73 - Tipo Atendimento 11		74 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
75 - Código na Operadora 76591569000130		76 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
77 - Tipo Atendimento 11		78 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
79 - Código na Operadora 76591569000130		80 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
81 - Tipo Atendimento 11		82 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
83 - Código na Operadora 76591569000130		84 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
85 - Tipo Atendimento 11		86 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
87 - Código na Operadora 76591569000130		88 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
89 - Tipo Atendimento 11		90 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
91 - Código na Operadora 76591569000130		92 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
93 - Tipo Atendimento 11		94 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
95 - Código na Operadora 76591569000130		96 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
97 - Tipo Atendimento 11		98 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
99 - Código na Operadora 76591569000130		100 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
101 - Tipo Atendimento 11		102 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
103 - Código na Operadora 76591569000130		104 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
105 - Tipo Atendimento 11		106 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
107 - Código na Operadora 76591569000130		108 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
109 - Tipo Atendimento 11		110 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
111 - Código na Operadora 76591569000130		112 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
113 - Tipo Atendimento 11		114 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
115 - Código na Operadora 76591569000130		116 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
117 - Tipo Atendimento 11		118 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
119 - Código na Operadora 76591569000130		120 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
121 - Tipo Atendimento 11		122 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
123 - Código na Operadora 76591569000130		124 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
125 - Tipo Atendimento 11		126 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
127 - Código na Operadora 76591569000130		128 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
129 - Tipo Atendimento 11		130 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
131 - Código na Operadora 76591569000130		132 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
133 - Tipo Atendimento 11		134 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
135 - Código na Operadora 76591			

[illegible]

CONVÊNIO NACIONALISTA DE CURTIBA

Argumento: 2390161

Conta/Loc: 1275400

Data/Time: 09/05/2018 11:00:12

Impresso da: ZINE A. SORANZO



CLÍNICA ADVENTISTA
de CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

2 - Nº Guia no Prestador 2390161000000

2390161 725181

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/05/2018		5 - Senha 2390161	
6 - Data de Validade da Senha 2390161			
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2390161			
8 - Número da Carteira 2374161			
9 - Validade da Carteira 31/12/2018			
10 - Nome ELOISA DUBINSKI GONCALVES DA SILVA			
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N			
12 - Atendimento a RN			
13 - Código da Operadora 76591569000130			
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS			
16 - Conselho Profissional 6			
17 - Número no Conselho 33840			
18 - UF 41			
19 - Código CBO 225270			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caracter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 03/05/2018			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76591569000130			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/05/2018 15:22 22 40803112 RX - PUNHO 2 03/05/2018 15:22 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.30 001 1.0 37.97			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 78.27			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 78.27			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

556 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 443245	Pedido: 725181	
Paciente: ELOISA DUBINSKI GONCALVES DA SILVA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	Data Pedido: 03/05/2018	
	Data Laudo: 03/05/2018	

RADIOGRAFIA DO 1 º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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.

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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.


Dr. MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eloisa Dubinski Gonçalves da Silva

Nº da guia: 35

Nº da carteirinha: 2.37.4161

Data Nascimento: 03/08/2007

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2018	13:48:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Lance com a bola de vôlei	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava em aula de vôlei, sendo que em um dos lances ao efetuar um "saque" sentiu forte dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Glauton Vinicius de Andrade	(41)99758-5833

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eliane Cristina Manfrini Gualberto	03/05/2018

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

Observações
Foi acionado a Unidade móvel da Plus Santé no Colégio, o enfermeiro imobilizou o membro e solicitou encaminhamento para o Hospital para eventuais exames. Mãe será acompanhante da mesma.

Assinatura: _____

Leticia Vieira
Gerente Financeiro

Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85
Centenário - CEP: 82.960-200
Curitiba - PR

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Leticia Vieira Pinto

1 de 1

3/05/2018 13:59



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

2 - N° Guia no Prestador 2343795000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2343795000		6 - Data de Validade da Senha 23/03/2018		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2343795000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004191731833		12 - Atendimento a RN N							
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome JOAO BALATKA NETO		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		14 - Nome do Profissional ULISSES COELHO JUNIOR		15 - Conselho Profissional 6		16 - Número no Conselho 36666		17 - UF 41		18 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/03/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 1 29/03/2018 16:08		37 - Hr.Inicial 22 16:08		38 - Hr.Final 22 16:08		39 - Tabela 40 - Procedimento RX - MAO OU QUIRODACTILO		41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.97 37.97		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 37.97		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

2 - Nº Guia no Prestador 2343795000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2343795	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2343795	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 29/03/2018	5 - Senha 2343795	10 - Nome JOAO BALATKA NETO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004191731833	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ULISSES COELHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36666	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/03/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 29/03/2018 16:08 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 37.97 37.97				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00				
62 - Total de OPME (R\$) 0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 37.97				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



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

2. Nº de Protocolo

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante
Dados do Beneficiário						
16 - Conselho Profissional						
17 - Número no Conselho						
18 - UF						
19 - Código CBO						
20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.			
1 -			28 - Qtd. Aut.			
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
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.
1 -						43 - Valor Unitário (R\$)
2 -						44 - Valor Red./Acresc.
3 -						45 - Fator Red./Acresc.
4 -						46 - Valor Total (R\$)
5 -						
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 -
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$)						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)						
61 - Total de Materiais (R\$)						
62 - Total de 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						

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 239093 Pedido: 711445

Paciente: JOAO BALATKA NETO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ULISSES COELHO JUNIOR

Data Pedido: 29/03/2018

Data Laudo: 30/03/2018

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura na falange proximal.

Relações articulares mantidas.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



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

2 - N° Guia no Prestador **2369817000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2369817000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 18/04/2018		5 - Senha 2369817000		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome JOAO VITOR MESQUITA	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/04/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Tipo Atendimento 11		28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		29 - Tipo de Consulta		30 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
31 - Tipo Atendimento 11		32 - Tipo de Consulta 2		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	
35 - Tipo de Consulta 2		36 - Tipo de Consulta 2		37 - Tipo de Consulta 2		38 - Tipo de Consulta 2	
39 - Tipo de Consulta 2		40 - Tipo de Consulta 2		41 - Tipo de Consulta 2		42 - Tipo de Consulta 2	
43 - Tipo de Consulta 2		44 - Tipo de Consulta 2		45 - Tipo de Consulta 2		46 - Tipo de Consulta 2	
47 - Tipo de Consulta 2		48 - Tipo de Consulta 2		49 - Tipo de Consulta 2		50 - Tipo de Consulta 2	
51 - Tipo de Consulta 2		52 - Tipo de Consulta 2		53 - Tipo de Consulta 2		54 - Tipo de Consulta 2	
55 - Tipo de Consulta 2		56 - Tipo de Consulta 2		57 - Tipo de Consulta 2		58 - Tipo de Consulta 2	
59 - Tipo de Consulta 2		60 - Tipo de Consulta 2		61 - Tipo de Consulta 2		62 - Tipo de Consulta 2	
63 - Tipo de Consulta 2		64 - Tipo de Consulta 2		65 - Tipo de Consulta 2		66 - Tipo de Consulta 2	
67 - Tipo de Consulta 2		68 - Tipo de Consulta 2		69 - Tipo de Consulta 2		70 - Tipo de Consulta 2	
71 - Tipo de Consulta 2		72 - Tipo de Consulta 2		73 - Tipo de Consulta 2		74 - Tipo de Consulta 2	
75 - Tipo de Consulta 2		76 - Tipo de Consulta 2		77 - Tipo de Consulta 2		78 - Tipo de Consulta 2	
79 - Tipo de Consulta 2		80 - Tipo de Consulta 2		81 - Tipo de Consulta 2		82 - Tipo de Consulta 2	
83 - Tipo de Consulta 2		84 - Tipo de Consulta 2		85 - Tipo de Consulta 2		86 - Tipo de Consulta 2	
87 - Tipo de Consulta 2		88 - Tipo de Consulta 2		89 - Tipo de Consulta 2		90 - Tipo de Consulta 2	
91 - Tipo de Consulta 2		92 - Tipo de Consulta 2		93 - Tipo de Consulta 2		94 - Tipo de Consulta 2	
95 - Tipo de Consulta 2		96 - Tipo de Consulta 2		97 - Tipo de Consulta 2		98 - Tipo de Consulta 2	
99 - Tipo de Consulta 2		100 - Tipo de Consulta 2		101 - Tipo de Consulta 2		102 - Tipo de Consulta 2	
103 - Tipo de Consulta 2		104 - Tipo de Consulta 2		105 - Tipo de Consulta 2		106 - Tipo de Consulta 2	
107 - Tipo de Consulta 2		108 - Tipo de Consulta 2		109 - Tipo de Consulta 2		110 - Tipo de Consulta 2	
111 - Tipo de Consulta 2		112 - Tipo de Consulta 2		113 - Tipo de Consulta 2		114 - Tipo de Consulta 2	
115 - Tipo de Consulta 2		116 - Tipo de Consulta 2		117 - Tipo de Consulta 2		118 - Tipo de Consulta 2	
119 - Tipo de Consulta 2		120 - Tipo de Consulta 2		121 - Tipo de Consulta 2		122 - Tipo de Consulta 2	
123 - Tipo de Consulta 2		124 - Tipo de Consulta 2		125 - Tipo de Consulta 2		126 - Tipo de Consulta 2	
127 - Tipo de Consulta 2		128 - Tipo de Consulta 2		129 - Tipo de Consulta 2		130 - Tipo de Consulta 2	
131 - Tipo de Consulta 2		132 - Tipo de Consulta 2		133 - Tipo de Consulta 2		134 - Tipo de Consulta 2	
135 - Tipo de Consulta 2		136 - Tipo de Consulta 2		137 - Tipo de Consulta 2		138 - Tipo de Consulta 2	
139 - Tipo de Consulta 2		140 - Tipo de Consulta 2		141 - Tipo de Consulta 2		142 - Tipo de Consulta 2	
143 - Tipo de Consulta 2		144 - Tipo de Consulta 2		145 - Tipo de Consulta 2		146 - Tipo de Consulta 2	
147 - Tipo de Consulta 2		148 - Tipo de Consulta 2		149 - Tipo de Consulta 2		150 - Tipo de Consulta 2	
151 - Tipo de Consulta 2		152 - Tipo de Consulta 2		153 - Tipo de Consulta 2		154 - Tipo de Consulta 2	
155 - Tipo de Consulta 2		156 - Tipo de Consulta 2		157 - Tipo de Consulta 2		158 - Tipo de Consulta 2	
159 - Tipo de Consulta 2		160 - Tipo de Consulta 2		161 - Tipo de Consulta 2		162 - Tipo de Consulta 2	
163 - Tipo de Consulta 2		164 - Tipo de Consulta 2		165 - Tipo de Consulta 2		166 - Tipo de Consulta 2	
167 - Tipo de Consulta 2		168 - Tipo de Consulta 2		169 - Tipo de Consulta 2		170 - Tipo de Consulta 2	
171 - Tipo de Consulta 2		172 - Tipo de Consulta 2		173 - Tipo de Consulta 2		174 - Tipo de Consulta 2	
175 - Tipo de Consulta 2		176 - Tipo de Consulta 2		177 - Tipo de Consulta 2		178 - Tipo de Consulta 2	
179 - Tipo de Consulta 2		180 - Tipo de Consulta 2		181 - Tipo de Consulta 2		182 - Tipo de Consulta 2	
183 - Tipo de Consulta 2		184 - Tipo de Consulta 2		185 - Tipo de Consulta 2		186 - Tipo de Consulta 2	
187 - Tipo de Consulta 2		188 - Tipo de Consulta 2		189 - Tipo de Consulta 2		190 - Tipo de Consulta 2	
191 - Tipo de Consulta 2		192 - Tipo de Consulta 2		193 - Tipo de Consulta 2		194 - Tipo de Consulta 2	
195 - Tipo de Consulta 2		196 - Tipo de Consulta 2		197 - Tipo de Consulta 2		198 - Tipo de Consulta 2	
199 - Tipo de Consulta 2		200 - Tipo de Consulta 2		201 - Tipo de Consulta 2		202 - Tipo de Consulta 2	
203 - Tipo de Consulta 2		204 - Tipo de Consulta 2		205 - Tipo de Consulta 2		206 - Tipo de Consulta 2	
207 - Tipo de Consulta 2		208 - Tipo de Consulta 2		209 - Tipo de Consulta 2		210 - Tipo de Consulta 2	
211 - Tipo de Consulta 2		212 - Tipo de Consulta 2		213 - Tipo de Consulta 2		214 - Tipo de Consulta 2	
215 - Tipo de Consulta 2</							

Em contato com: JESSICA OLIVEIRA

Date/Hora: 23/04/2018 11:21:10 Conta/Lote: 1263604

Aprendimento: 2369817

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2369817000000

Folha: 1 / 1

2369817 - 719003

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2369817	6 - Data de Validade da Senha 2369817	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2369817	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome JOAO VITOR MESQUITA			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/04/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 18/04/2018 13:19	22 40801098	RX - OSSOS DA FACE	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
			001 1.0	44.62	44.62
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.62					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 44.62					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS _____
4 - Data da Autorização _____
5 - Senha _____

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira _____
9 - Validade da Carteira _____

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora _____
14 - Nome do Contratado _____

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional _____
17 - Número no Conselho _____
18 - UF _____
19 - Código CBO _____
20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento _____
22 - Data da Solicitação _____
23 - Indicação Clínica _____

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____
26 - Descrição _____

1 - _____
2 - _____
3 - _____
4 - _____
5 - _____

27 - Que Solic. _____
28 - Que Aut. _____

29 - Nome do Contratado

30 - Nome do Contratado _____
31 - Código CNES _____

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento _____
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____
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 _____

1 - _____
2 - _____
3 - _____
4 - _____
5 - _____

42 - Qtd. _____
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 _____
58 - Observação / Justificativa _____

1 - _____
2 - _____
3 - _____
4 - _____
5 - _____
6 - _____
7 - _____
8 - _____
9 - _____
10 - _____

59 - Total de Procedimentos (R\$)

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 173623	Pedido: 719003	
Paciente: JOAO VITOR MESQUITA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	Data Pedido: 18/04/2018	
	Data Laudo: 18/04/2018	

RADIOGRAFIA DE OSSO NASAL

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea integra.

Transparência normal dos seios da face.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Vitor Mesquita

Nº da guia: 11

Nº da carteirinha: 3.26.7306

Data Nascimento: 23/01/2007

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2018	10:46:00	Pátio	Intervalo (recreio)

O que aconteceu

bateu o rosto na parede

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno estava brincando de pega-pega e bateu o rosto do lado esquerdo na parede.

Testemunha da ocorrência

Marcelly

Telefone

(41) 99511-0183

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

Observações

A orientadora entrou em contato com o pai, o mesmo disse que não têm plano de saúde e solicitou o encaminhamento.

Assinatura:

Audrei Schlottag

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 2359851000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2359851000	
4 - Data de Autorização 11/04/2018		5 - Senha 2359851000		6 - Data de Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 0000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 23173	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 11/04/2018		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.53		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 11/04/2018 11:43 11:43 22 40803104 RX - ANTEBRACO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 0.00 0.00 39.53	
58 - Observação / Justificativa		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.53		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	



2 - N° Guia no Prestador **2359851000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Nome MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO		10 - Nome MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO			
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional ANDRE MARCELO OKURA			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 23173		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 11/04/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - CI Solic.		28 - CI Autoriz.		29 - Tipo Atendimento 05		30 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
31 - Nome do Contratado Executante		32 - Nome do Contratado		33 - Nome do Contratado		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Código na Operadora 76591569000130		37 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		38 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		39 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 11/04/2018 11:43 11:43 22 40603104 RX - ANTEBRACO		37 - Hora Inicial 11:43		38 - Hora Final 11:43		39 - Tabela 22	
42 - Qtd		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário	
001		43-Via		44-Tec.		45-Fator R/Acr		46-Valor Unitário	
39.53		1.0		39.53		39.53		39.53	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (RS) 39.53		60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS) 0.00	
61 - Total de Materiais (RS) 0.00		62 - Total de OFME (RS) 0.00		63 - Total de Medicamentos (RS) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (RS) 0.00		65 - Total Geral (RS) 39.53	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

Impresso per DORLAND FLORENTINO

Camp/ a.p. 12579'6

Arévalo, 2269854

CO. VENEZIA - CA ADVENT S. A. DE CL. 12754



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Marcos Henrique Pedrozo de Melo		Nº DA MATRÍCULA: 1830	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Escola Adventista Santa Efigênia,		TELEFONE: 30538636	
ENDEREÇO: Prof. Guilherme Butler 792 Barreirinha,		CIDADE: Curitiba	UF: Pr
DATA DA OCORRÊNCIA: 01/03/2018	NATUREZA DO ACIDENTE: () ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO () CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA () TORÇÃO () TRAUMA () TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: () ATLETISMO () CAMA ELÁSTICA () DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO (✓) EDUCAÇÃO FÍSICA () GINÁSTICA OLÍMPICA () JOGO DE BASQUETE () JOGO DE FUTEBOL () JOGO DE HANDEBOL () JOGO DE VOLEY () NATAÇÃO () RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 14h50			
LOCAL ONDE OCORREU: Quadra			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
O Estudante estava na educação física quando caiu em cima do braço.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:	Professor Rogério	TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? Orientadora Edna.			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2358844000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 10/04/2018	5 - Senha 2358844000				
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS RITTER			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante GLAUCIA BORDIGNON	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37174	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/04/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 10/04/2018 17:39 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.97 37.97					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 37.97					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



235 8844 - 715 903

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2358844	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2358844	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 10/04/2018	5 - Senha 2358844	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS RITTER	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS RITTER	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante GLAUCIA BORDIGNON	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37174
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/04/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 10/04/2018 17:39 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.97		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 37.97			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		



Logo da Empresa
Adventista

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

2. Nº da Empresa
SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		9 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Semana		7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento - RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome	
Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de 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 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red.Jacresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código do 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		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de Gases Medicinais (R\$)		64 - Total Geral (R\$)		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Responsável		67 - Assinatura do Responsável	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 117353 Pedido: 715903
Paciente: **MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS RITTER**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: GLAUCIA BORDIGNON

Data Pedido: 10/04/2018
Data Laudo: 12/04/2018

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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.



Dr. MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Maria Fernanda Opazo P. Ritter		Nº DA MATRÍCULA: 1906	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Escola Adventista Santa Efigênia,		TELEFONE: 30538636	
ENDEREÇO: Rua Prof. Guilherme Butler 792, Barreirinha,		CIDADE: Curitiba	UF: Pr
DATA DA OCORRÊNCIA: 10/04/2018	NATUREZA DO ACIDENTE: () ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO () CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA () QUEDA () TORÇÃO () TRAUMA (✓) TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: () ATLETISMO () CAMA ELÁSTICA () DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO () EDUCAÇÃO FÍSICA () GINÁSTICA OLÍMPICA () JOGO DE BASQUETE () JOGO DE FUTEBOL () JOGO DE HANDEBOL () JOGO DE VOLEY () NATAÇÃO () RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 13h50			
LOCAL ONDE OCORREU: Quadra			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

A Estudante estava na aula de educação física e levou uma bolada no dedo da mão esquerda.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

TELEFONE:

O professor

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Diretora Marli

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Escola Adventista Santa Efigênia - EIEF
IASBE

CNPJ: 76.726.884/0060-83
Rua: Prof. Guilherme Butler, 792 - Barreirinha
Fone/Fax: (41) 3053-8636
CEP 82.700-000 - Curitiba - Paraná

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2363164000	6 - Data de Validade da Senha 2363164000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2363164000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 0000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARIANA KOT DE ABREU BORGES				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante WILLIAM LASSALVIA ZOTTO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38447	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/04/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição						
1 13/04/2018 13:13	22 40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qrde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
				001 1.0 37.97	37.97	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -		
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicionais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 37.97
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						





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

2 - Nº Guia no Prestador 2363164000000

Folha: 1 / 1

2363164

717155

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2363164	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2363164	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/04/2018	5 - Senha 2363164	10 - Nome MARIANA KOT DE ABREU BORGES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARIANA KOT DE ABREU BORGES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante WILLIAM LASSALVIA ZOTTO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38447
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/04/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado / Examinando				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 13/04/2018 13:13 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 001	43 - Via 001	44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 37.97
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	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 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 37.97			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		

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

2. Nº Carteira Profissional

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN																													
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																					
21 - Carteira do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Cide. Solic.		28 - Cide. Aut.		31 - Código CINES																									
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		32 - Tipo de 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 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Cide.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)							
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 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de 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	

Maiana Kot de Sousa Borges

cliveito

Rx de proteção (AP/R/obliquos)

40803120

13/04/18

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 162198 Pedido: 717155

Paciente: **MARIANA KOT DE ABREU BORGES**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: WILLIAM LASSALVIA ZOTTO

Data Pedido: 13/04/2018

Data Laudo: 13/04/2018

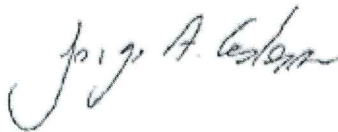
RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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.



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Mariana Kot de Alencar Borges		Nº DA MATRÍCULA: 6894	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colégio Adventista Ad. Bom Retiro		TELEFONE: 3225 19 20	
ENDEREÇO: Lysimaco Ferreira da Costa, 980		CIDADE: Curitiba	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 13/04/18	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☒ OUTROS QUAL? Trancou o dedo na porta	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☒ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 11h20			
LOCAL ONDE OCORREU: sala			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: a aluna foi levada ao banheiro pela auxiliar e ao voltarem para a sala e apoiou-se na porta e ao fechar a porta trancou o dedo.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Vanessa		TELEFONE: 991727266	
NOME: Fabíola		TELEFONE: 991913683	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? professora auxiliar trouxe na enfermaria.			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Juliá da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 2390053000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2390053000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2390053000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 03/05/2018	5 - Senha 2390053000	10 - Nome MATHEUS CULPI MANNRICH	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 4964	9 - Validade da Carteira 30/11/2018	10 - Nome MATHEUS CULPI MANNRICH	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33840
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/05/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
05	32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 1 03/05/2018 14:33	37 - Hr. Inicial 14:33	38 - Hr. Final 22	39 - Tabela 40803112	40 - Procedimento RX - PUNHO
41 - Descrição 42 - Qtde. 001	43 - Via 001	44 - Têc. 1.0	45 - Fator R/Acr 40.44	46 - Valor Unitário 40.44
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	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 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.44	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 40.44	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado





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

2 - Nº Guia no Prestador 2390053000000

Folha: 1 / 1

25152 - 2390053

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2390053	6 - Data de Validade da Senha 2390053	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2390053	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 4964	9 - Validade da Carteira 30/11/2018	10 - Nome MATHEUS CULPI MANNRICH				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33840	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/05/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial						
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/05/2018 14:33 22 40803112 RX - PUNHO						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.30 40.30						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 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 -	11 -	12 -	13 -	14 -
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.30						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 40.30						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		31 - Código CNES			
26 - Descrição		27 - Hora Inicial		28 - Hora Final		29 - Hora Final		30 - Nome do Contratado					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.	
43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
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 - Observação / Justificativa									
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de 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									

Adventista

Matheus Gulpi Marmich

Gueda de nível

punho @ Apt perfi

40803112

23/05/18

Função

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 443235	Pedido: 725152	
Paciente: MATHEUS CULPI MANNRICH		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	Data Pedido: 03/05/2018	
	Data Laudo: 03/05/2018	

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura cortical no terço distal do radio.

Relações articulares mantidas.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: MATHEUS CULPI MANNRICH		Nº DA MATRÍCULA: 4964	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		TELEFONE: 3051-8600	
ENDEREÇO: R: Bom Pastor, 606		CIDADE: CTBA	UF: PR

DATA DA OCORRÊNCIA: 03/05/2018	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☒ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE: 12:50 H.		
LOCAL ONDE OCORREU: PARQUE		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

ESCORREGOU NO BRINQUEDO DA ÁRVORE, CAÍDO C/ A MÃO, BATENDO SE AO CHÃO

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

03/05/18

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Dr. João Carlos Munhoz Abdo

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

9525



NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2336212000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/03/2018		5 - Senha 2336212000	
6 - Data de Validade da Senha 2336212000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2336212000	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018	
10 - Nome NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES		12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130	
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR DE CARVALHO THA	
16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 33279	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 23/03/2018		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
29 - Código na Operadora 76591569000130		31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
2			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		001 1.0 39.53	
1 23/03/2018 13:14 22 40804054 RX - JOELHO			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		39.53 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
39.53		0.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
0.00		0.00	
65 - Total Geral (R\$)		39.53	
68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - N° Guia no Prestador 2336212000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2336212		6 - Data de Validade da Senha 2336212		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2336212		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR DE CARVALHO THA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 33279	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/03/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.							
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 23/03/2018 13:14 22 40804062		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - PATELA		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 41.77 41.77					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 41.77		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 41.77		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT2. Nº de Identificação do
SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
------------------------	--------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	10 - Nome
--------------------------	-----------

Dados do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
---------------------------------------	----------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Exames Realizados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
------------------------------	--------------------------

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
-------------	--

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
------------------	----------------

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--------------------------	---

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 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPE

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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de 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
--	-------------------------------

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional	71 - Assinatura do Profissional	72 - Assinatura do Profissional	73 - Assinatura do Profissional	74 - Assinatura do Profissional	75 - Assinatura do Profissional	76 - Assinatura do Profissional	77 - Assinatura do Profissional	78 - Assinatura do Profissional	79 - Assinatura do Profissional	80 - Assinatura do Profissional	81 - Assinatura do Profissional	82 - Assinatura do Profissional	83 - Assinatura do Profissional	84 - Assinatura do Profissional	85 - Assinatura do Profissional	86 - Assinatura do Profissional	87 - Assinatura do Profissional	88 - Assinatura do Profissional	89 - Assinatura do Profissional	90 - Assinatura do Profissional	91 - Assinatura do Profissional	92 - Assinatura do Profissional	93 - Assinatura do Profissional	94 - Assinatura do Profissional	95 - Assinatura do Profissional	96 - Assinatura do Profissional	97 - Assinatura do Profissional	98 - Assinatura do Profissional	99 - Assinatura do Profissional	100 - Assinatura do Profissional
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	436173	Pedido:	709076
Paciente:	NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	VICTOR DE CARVALHO THA		Data Pedido: 23/03/2018
			Data Laudo: 29/03/2018

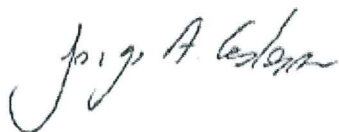
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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.



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Nicolas Fragoso</u>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colégio Adventista Portão</u>		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>23/03</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☒ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>11h40</u>			
LOCAL ONDE OCORREU: <u>Ginásio</u>			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

O aluno Nicolas levou um chute na perna direita (coto), acima do joelho

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Professor e enfermagem

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

ESTE FÓRMELO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO.

Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



2 - N° Guia no Prestador **2368714000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2368714		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 17/04/2018		5 - Senha 2368714		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 17/04/2018		10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA			
8 - Número da Carteira ADVENTISTA		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante RODOLFO GALERA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35288		18 - UF 41	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/04/2018		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ct.Solic. 28 - Ct.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 1 17/04/2018 19:14 22 40803104		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ANTEERACO		42 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Pator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.53	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.53		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$) 39.53		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: JESSICA OLIVEIRA

Conta/Lote: 1263110

Atendimento: 2368714

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA





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

2 - Nº Guia no Prestador 23687140000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2368714	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha 2368714	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2368714	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 17/04/2018	10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante RODOLFO GALERA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35288	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Tipo Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/04/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 6 - Item Assistencial	26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante						
29 - Código da Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 17/04/2018 19:14 22 40803104 RX - ANTEREACO						
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.53 39.53						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Qt. Part. 50 - Cód. da Operadora / CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof. 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 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.53						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 39.53						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						

EMERGÊNCIA/CONVÊNIO

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Carder do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Descrição	
26 - Hora Inicial		27 - Hora Final	
28 - Tipo de Procedimento		29 - Código na Operadora	
30 - Indicação de Acidente		31 - Nome do Contratado	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Código do Procedimento	
40 - Descrição		41 - Valor Unitário	
42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Atend.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
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 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de 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	
68 - Assinatura do Contratado			

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 421058 Pedido: 718707

Paciente: **SAMUEL DE BRITO PEREIRA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: RODOLFO GALERA

Data Pedido: 17/04/2018

Data Laudo: 18/04/2018

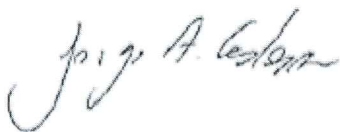
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura diafisária dos osso do antebraço.

Relações articulares mantidas.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Samuel de Brito Pereira</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Bequeirão</i>		TELEFONE: <i>3051-8550</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Cleto da Silva 1160</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17/04/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL? <i>fratura exposta</i>	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>saída</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Um aluno estava correndo e se chocou com o Samuel, que caiu no chão.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Professora Margarete Monteiro</i>		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professora Margarete Monteiro</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>17/04/18</i>			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 23910430000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização 04/05/2018		5 - Senha 2391043000				2391043000	
Dados do Beneficiário				12 - Atendimento a RN N			
8 - Número da Carteira 000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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 / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/05/2018		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 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		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 04/05/2018 09:50 22 40803104 RX - ANTEBRACO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.64 39.64					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 -		3 -		5 -		7 -	
2 -		4 -		6 -		8 -	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 39.64			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - N° Guia no Prestador 2391043000000

Folha: 1 / 1

2381043

725452

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 00000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Opiadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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 - Caráter do Atendimento 1	
22 - Data da Solicitação 04/05/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Tipo Atendimento 05		32 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		33 - Tipo de Consulta 9		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento		35 - Código CNES 15563		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 04/05/2018 09:50		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803104 RX - ANTEREACO	
42 - Data 43 - Valor 44 - Valor Unitário 45 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		46 - Data 47 - Valor 48 - Valor Unitário 49 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		50 - Data 51 - Valor 52 - Valor Unitário 53 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		54 - Data 55 - Valor 56 - Valor Unitário 57 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		58 - Data 59 - Valor 60 - Valor Unitário 61 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		62 - Data 63 - Valor 64 - Valor Unitário 65 - Valor Total 1.0 39.53 39.53		66 - Data 67 - Valor 68 - Valor Unitário 69 - Valor Total 1.0 39.53 39.53	
60 - Total de Procedimentos (R\$) 39.53		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		62 - Total de Materiais (R\$) 0.00		63 - Total de OPME (R\$) 0.00		64 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		65 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		66 - Total Geral (R\$) 39.53	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Responsável		71 - Assinatura do Responsável		72 - Assinatura do Responsável		73 - Assinatura do Responsável	

INDRESSO DO: DORAL FLORENÇO

Date/Time: 04/05/2018 09:50:55

Copyright © 2007 by John Wiley & Sons, Inc.

Longitude: 239°043'



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISICÃO DE EXAME

☒ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome

Idade

Clínica

Exames Requisitados:

Nº Registro

Convênio

☐ SUS

Quarto

Particular

Fem.

Masc.

Sexo

Amb.

Emergência

Leito

1)

2)

3)

☐ Precisa de Anestesia

☐ Reação Prévia a Contraste lodado

Radiografia no Leito?

☐ Sim

☐ Urgente

☐ Sim

Suspeita Clínica

Resumo Clínico

Tem exame anterior

☐ Não

☐ RX

☐ U.S

☐ T.A.C

☐ No Pequeno Príncipe

☐ Outro Serviço

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

Técnico R.X

Ctba, _____ de _____

de

Médico - CRM

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25.919
Ortopedia e Traumatologia

Cód 246

se) que utiliza a

04/05/2018 09:50:00
08/05/2018 13:25:00

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

JOB N.º 036.08

03/12/08
2391043
725452



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Samuel de Brito Pereira</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5899</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Boqueirão</i>		TELEFONE: <i>3051-8550</i>	
ENDEREÇO: <i>Cloto da Silva</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17/04/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL? <i>Saída</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Aluno cair no chão porque outro aluno se chocou com ele.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Professora Margarete</i>		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professora Margarete</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>17/04/18</i>		16726884/0015-23	
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO	
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		RUA TEN. FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA, 2218 81670-010 - BOQUEIRÃO CURITIBA - PR	

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2382633000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 27/04/2018		5 - Senha 2382633000		6 - Data de Validade da Senha 2382633000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2382633000		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 0000000000000000		30/12/2018		SAMUEL DE BRITO PEREIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
13 - Código da Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		6		25919		41	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
		6		25919		41		225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
21 - Caráter do Atendimento 1		27/04/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
								26 - Descrição	
								27 - Qt. Solic.	
								28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	
29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		05		9	
Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	
						1 27/04/2018 10:33 22 40803104 RX - ANTEBRACO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
								001 1.0 39.64 39.64	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
58 - Observação / Justificativa		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
39.64		0.00		0.00		0.00		0.00	
64 - Total Geral (R\$)		65 - Total de Gases Medicinais (R\$)		66 - Total de Gases Medicinais (R\$)		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	
39.64		0.00		0.00		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	





2 - N° Guia no Prestador **2382633000000**

Folha: 1 / 1

2382633

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 25919		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/04/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Ct.Solic. 28 - Ct.Autoriz.	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 27/04/2018 10:33 10:33 22 40803104 RX ANTEPRACO		42 - Qtdde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/AOI 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.53 39.53	
31 - Código CNES 15563		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		33 - Nome do Contratado 76591569000130		34 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		35 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		36 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (RS) 39.53		60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS) 0.00		61 - Total de Materiais (RS) 0.00		62 - Total de OPME (RS) 0.00		63 - Total de Medicamentos (RS) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (RS) 0.00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (RS) 39.53		70 - Total Geral (RS) 39.53	

© 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

2009/04/27 270420*8*0.35*1

Accession: 2382633

Convênio: VCA ADVENTISTA DE CURITIBA

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 421058 Pedido: 722877
Paciente: SAMUEL DE BRITO PEREIRA

lo: 27/04/2018 10:33:00
o: 08/05/2018 13:23:16

80°9'00" N 36.08

Francielli
238 2633
722877



Clínica Adv.

REQUISICÃO DE EXAME

☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome: Samuel de Brito Pereira
Idade: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☒ Convênio ☐ SUS
Clínica: _____ Amb. ☐ Emergência Quarto: _____ Leito: _____

Exames Requisitados: 1) RX antebraço 2) AP+P 3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado
Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____
Resumo Clínico _____

Tem exame anterior ☐ Não ☐ RX ☐ U.S. ☐ T.A.C.
☐ No Pequeno Príncipe ☐ Outro Serviço

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

Técnico R.X. _____ de _____ de _____ Médico - CRM _____

Cód 246

on dose) que utiliza a

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25.916
Oftalmologia e Traumatologia



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Samuel de Brito Pereira</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5899</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Boqueirão</i>		TELEFONE: <i>3051-8550</i>	
ENDEREÇO: <i>Cléto da Silva</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17/04/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAÇÃO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL? <i>Saída</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Aluno caiu no chão porque outro aluno se chocou com ele.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>Professora Margarete</i> TELEFONE: NOME: TELEFONE:			
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professora Margarete</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>17/04/18</i>		6726884/0015-23	
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO	
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		RUA TEN FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA, 2218 81670-010 - BOQUEIRÃO CURITIBA - PR	

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br