



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

RPS nº. 299121, Série: U, emitido em 10/05/2018, conversão em 10/05/2018

Número da Nota

297721

Data e Hora de Emissão

10/05/2018 11:24:35

Código de Verificação

ZDYN400D

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: INSTITUICAO 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\$ 1.059,40

11 MAIO 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.059,40

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	1.059,40	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 Isunes do ISS.



HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE E HOSPITAL DE CRIANÇAS CESAR PERNETA

10/05/2018 10:02:48

R. Desembargador Motta, 1070 - CEP 80.250-060 - Curitiba -PR
CNPJ 76.591.569/0001-30 - Inscrição Estadual Isento
Telefone (41) 310-1334 Fax (41) 222-5262

Faturas por médico

atura nº	Convênio		Guia Data		Total
52145/2018	304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				
CRM Médico	Paciente				
22588 ALESSANDRA PONATH	DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA	23588560	10/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
35980 ALUISIO AUGUSTO BELMINO	BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA	23410640	27/03/2018	70,20	
			Taxa de Consulta	25,00	
10443 HELENA GRUHL	RYAN MASSAO ARIMA DE CAMPOS	23135830	05/03/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
26551 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS	23587620	10/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	THAYS MANFRINI GUALBERTO	23719410	19/04/2018	70,20	
			Taxa de Consulta	25,00	
			Total	124,20	
			Total de Taxas	50,00	
27706 LUCIO RICIERI PEROTTI	RUBENS FERNANDO GERALDO	23834060	27/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
29757 LUIZ MULLER AVILA	CECILIA SPELIER ROLIN	23308180	19/03/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
33950 MELINA CAPRARO ALCANTARA	DAVI FORTESKI WIENER	23662610	16/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
5215 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	JOAO VITOR MESQUITA	23697410	18/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	VINICIUS GUEDES DA SILVA	23762810	23/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
			Total	108,00	
			Total de Taxas	50,00	
25919 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	MARIANA KOT DE ABREU BORGES	23631340	13/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES	23361750	23/03/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	SAMUEL DE BRITO PEREIRA	23686960	17/04/2018	54,00	
			Taxa de Consulta	25,00	
			Total	162,00	
			Total de Taxas	75,00	
			Total	734,40	
			Total de Taxas	325,00	
			Total da Fatura nº 52145/2018	1.059,40	

ASSOC. HOSP. DE PROTEÇÃO A INF. DR. RAUL CARNEIRO
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE



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

2 - Nº Guia no Prestador 2383406000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 23834060000000	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 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome RUBENS FERNANDO GERALDO GABRIEL	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante				
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/04/2018	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 59	30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	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 27/04/2018 18:12 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 54.00				
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\$)				
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 Casos Medicinais (R\$)				
65 - Total Geral (R\$) 54.00				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

Data do Atendimento
27/04/2018
Vº Atendimento
2383406



Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
RUBENS FERNANDO GERALDO GABRIEL	12/11/2003	M	
Mãe	Pai		Telefone
ROSANGELA DIAS GERALDO GABRIEL	ADEMIR GAE		4132755764
Endereço	Número	Complemento	
RUA PROFESSOR OSCAR MARTINS GOMES	714	CS	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	XAXIM	81830110	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S600

Anamnese

HDA	PACIENTE COM QUEIXA DE TRAUMA EM MAO DIREITA, APOS QUEDA DE MESMO NIVEL. VEM COM DOR E AUMENTO DE VOLUME EM 2 QDD SEM OUTRAS QUEIXAS
Exame Físico	AUMENTO DE VOLUME, EQUIMOSE E DOR EM IFP SEM DESVIOS ANGULARES RX SEM SINAIS DE FRATURA
Tratamento	TALA METALICA ANALGESIA, ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
Diagnóstico	CONTUSAO EM DEDO

LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Rubens Fernando Geraldo Gabriel</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3769</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Alto Boqueirão</i>		TELEFONE: <i>41-3051 8600</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Bom Pastor 606</i>		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>27/04/2018</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?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>16h20</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadro</i>			

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

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

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 HOVER 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

Danilo Pietroski de Oliveira
Vice Diretor - CAAB



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 2358762000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2358762000000	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 - Validade da Carteira 10/04/2018	10 - Nome MARIA FERNANDA OPАЗO POLITIS RITTER	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 1906	9 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 765915690000130	15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6	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 2	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	31 - Código CNES 15563	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Dados do Atendimento				
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 10/04/2018 16:26 22 2 10/04/2018 16:26 22				
54.00				
10101039 consulta				
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				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 64.50				
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\$) 64.50				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
54.00				
64.50				

DADOS DO PACIENTE			CODIGO 0000117353
Nome Paciente: MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS	Data Nasc: 16/09/2009	Idade: 8 Anos 6 Meses 25 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: VALERIA ALEJANDRA OPAZO POLITIS	Nome Pai: MARCOS VINICIUS RITT	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA IZIDORO WOSCH	Número: 491	Complemento: SOB29	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SANTA CANDIDA	CEP: 82650500	UF: PR
DADOS DO ATENDIMENTO			CODIGO 0002358762
Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 1906	
Data/Hora: 10/04/2018 - 16:26	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:	
Responsável:			

Anamnese

HDA

PACIENTE REFERE TER SOFRIDO TRAUMA EM HIPEREXSTENSÃO DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA

Exame Físico

EQUIMOSE EM FACE DORSAL DE 5ºQDE
DOR À PALPAÇÃO DE IF PROXIMAL E DISTAL
SEM DESVIO ROTACIONAL

RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA

Diagnóstico

CONTUSÃO DE DEDO

Tratamento

AINE
TALA DE ALUMINIO
RETORNO SN



Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ
ABDO CRM: 26551





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: O professor

NOME:

TELEFONE:

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: 76.726.884/0000-83
Rua: Prof. Guilherme Butler, 792 - Barreirinha
Fone/Fax: (41) 3053-8636
CEP 81.700-000 - 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

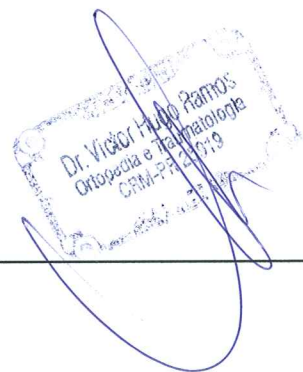
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 23686960000000		6 - Data de Validade da Senha 17260		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17260		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 17/04/2018		5 - Senha ELEGIVEL		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA					
8 - Número da Carteira 000000		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	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
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 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.									
29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		31 - Código CNES 15563							
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 17/04/2018 18:50 18:50		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 54.00							
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\$)		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	

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
SAMUEL DE BRITO PEREIRA	03/12/2009	M	
Mãe	Pai		Telefone
FRANCIELLI BRITO PADILHA ALVES PEREIRA	MARCOS ALV		
Endereço	Número	Complemento	
RUA PROFESSORA MARIA DE ASSUMPÇÃO	2241	AP 201	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	BOQUEIRAO	81670040	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S527

Anamnese

HDA	ENCAMINHADO VIA PLUS SANTÉ, QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO, DEFORMIDADE LOCAL, DOR, FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO.
Exame Físico	DOR, DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO COM FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO VOLAR PUNTIFORME DE +- 0.5CM SANGRAMENTO ATIVO. NEUROVASCULAR DISTAL PRESERVADO
Tratamento	CURATIVO + ATB + TALA + INTERNO P PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA.
Diagnóstico	FX EXPOSTA OSSOS ANTEBRAÇO DIREITO


Dr. Victor Hugo Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25919

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919



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>	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>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>pátio</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE:	
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: <i>Ruqueno Pinheiro</i>			
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 / Bigorrrilho / 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 - N.º Guia no Prestador 2366261000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde			
4343		16/04/2018		DAVI FORTESKI WIENER							
Dados do Beneficiário											
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		MELINA CAPRARO ALCANTARA		6		33950		225230	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados											
21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
2		16/04/2018									
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					
11											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição			
16.04.18						10101039		EM PRONTO SOCORRO			
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	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /			
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /			
58 - Observações / Justificativa											
59 - Total Procedimentos (R\$)											
0.00		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		27.00		61 - Total Materiais (R\$)		0.00		62 - Total de OPWE (R\$)	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
64 - Assinatura do Responsável pelo Procedimento											
65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
69 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
70 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
72 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
73 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
74 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
75 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
76 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
77 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
78 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
79 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
80 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
81 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
82 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
83 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
84 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
85 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
86 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
87 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
88 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
89 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
90 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
91 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
92 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
93 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
94 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
95 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
101 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
102 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
103 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
104 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
105 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
106 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
107 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
108 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
109 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
110 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
111 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
112 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
113 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
114 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
115 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
116 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
117 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
118 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
119 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
120 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
121 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
122 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
123 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
124 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
125 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
126 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
127 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											
128 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento											

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: DAVI FORTESKI WIENER	Data Nasc: 21/03/2011	Idade: 7 Anos 0 Mês 26 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: SONIA MARCIA PIRES FORTESKI WIENER	Nome Pai: DOUGLAS VANCOSCELOS	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA DANTE LUIZ JUNIOR	Número: 635	Complemento: AP 114	
Cidade: CURITIBA	Bairro: CAPAO RASO	CEP: 81020720	UF: PR

CODIGO 0000440011

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): MELINA CAPRARO ALCANTARA	CRM: 33950	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 4343
Data/Hora: 16/04/2018 - 10:54	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:
Responsável:		

CODIGO 0002366261

Anamnese

HDA

TRAUMA CONTRA ARQUIBANCADA COM FCC EM TESTA
SEM SINTOMAS NEUROLOGICOS

Exame Físico

ALERTA, ATIVO E REATIVO
FCC EM FRONTE

Diagnóstico

FCC EM FACE

Tratamento

LIMPEZA + COLA CIRURGICA
ORIENTAÇÕES



Dra. Melina C. Alcantara
MEDICA
CRM-PR 33.950

Medico(a): MELINA CAPRARO ALCANTARA

CRM: 33950

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembagador Motta, 1070 - Curitiba . PR . Brasil - CEP 80.250-060 - tel.: +55 41 3310.1010 - www.pequenoprincipe.org.br

Paciente

Atendimento

Documento





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO			
NOME COMPLETO DO ALUNO: DAVI FORTESKI WIENER		Nº DA MATRÍCULA: 4343	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		TELEFONE: 3051-8600	
ENDEREÇO: R: Bom Pastor, 606		CIDADE: CTBA	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 16/04/2018	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: 09H30			
LOCAL ONDE OCORREU: ARQUIBANCADA			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: BRINCANDO, CORRENDO, CAIU E BATEU O NARIZ NA PARTE DE DESELO			
Rhodi Nemitz Coordenador Disciplinar 16/04/2018			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE:	
NOME:			
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 - Nº Guia no Prestador 2363134000000

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	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome MARIANA KOT DE ABREU BORGES	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
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/04/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
Dados do Contratado Erecitante			
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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
13.04.18 17:20 10101039- Consulta 54.00			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
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\$)			
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			



Data do Atendimento

13/04/2018

Nº Atendimento

2363134

HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente

MARIANA KOT DE ABREU BORGES

Mãe

ELISANGELA DE FATIMA KOT DE ABREU BOI

Endereço

RUA BLAISE PASCAL

Cidade

CURITIBA

Convênio

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Nascimento

25/10/2012

Pai

SERGIO DE /

Número

22

Bairro

ABRANCHES

Plano

EMPRESARIAL

Sexo

F

Complemento

CEP

82220230

CPF

Telefone

32054072

UF

PR

CID

S601

Anamnese

HDA	TRAUMA POR PREENSAO DO 1 QD DA MAO DIR COLEGA DA ESCOLA FECHOU A PORTA EM CIMA DO DEDO DA PACIENTE
Exame Físico	DOR, HEMATOMA E EDEMA EM INTERFALANGIANA DISTAL NV PRESERVADO SOLICITO RX DE 1QD DA MAO DIR RX NORMAL
Tratamento	TALA METALICA POR 10 DIAS RETORNO SE NECESSARIO
Diagnóstico	TRAUMA EM 1º QD DIR

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919

Auto.



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. Bem 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? trançou 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 trançou o dedo.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Vanessa

TELEFONE: 991727265

NOME: Fabíola

TELEFONE: 991913652

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 Juliã 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		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 23/03/2018		10 - Nome NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES				N	
8 - Número da Carteira 000000		9 - Validade da Carteira 23/03/2018		10 - Nome NICOLAS FRAGOSO DOMINGUES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Beneficiário		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 - UF 41	
18 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		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 28 - Descrição		26 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Qt. 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		42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		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\$)		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	





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:	Nicolas Fragoso		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	Colégio Adventista Portão		TELEFONE:	
ENDEREÇO:			CIDADE:	UF:

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
23/03	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
11h40	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
	☐ QUEIMADURA	☒ JOGO DE FUTEBOL
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
Ginásio	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
	☐ 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:

O aluno Nicolas levou um chute na perna direita (coxa), 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 FÓRMEÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO.

Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorimilho / 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2330818000000

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		5 - Senha		10 - Nome CECILIA SPELIER ROLIN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 00000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
8 - Número da Carteira 00000		13 - Código da Operadora 76591569000130		17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41	
LUIZ MULLER AVILA		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Código CBO 225270	
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 19/03/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
21 - Caráter do Atendimento 2		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Código CBO	
29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		15563	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
19.03.18 14:15		19.03.18 14:15		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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Casos Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:
CECILIA SPEIJER ROLIN		4942
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:
COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		3051-8600
ENDEREÇO:		CIDADE:
LUA: Bom Pastor, 606		CTBA
		UF:
		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 (X) 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 (X) 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:	Rhodi Nemitz	TELEFONE:
NOME:	Coordenador Disciplinar	TELEFONE:
19/03/2018		
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 / Bigorilho / 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 2358856000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome		10 - Nome	
000		10/04/2018		DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA		DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA		DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA		DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA		DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA	
Dados do Beneficiário		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ALESSANDRA PONATH		6		22588		41	
21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qr. Solic.	
2		10/04/2018										28 - Qr. Autoriz.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		11		9					
Dados do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
1		10/04/2018		19:40:00		19:40:00		22					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Seq. Ref.		43 - Grau Part.		44 - Grau Part.		45 - Grau Part.		46 - Grau Part.		47 - Grau Part.	
		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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /		7- / /		8- / /	
2- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /		7- / /		8- / /	
9- / /		10- / /		11- / /		12- / /		13- / /		14- / /		15- / /	
16- / /		17- / /		18- / /		19- / /		20- / /		21- / /		22- / /	
23- / /		24- / /		25- / /		26- / /		27- / /		28- / /		29- / /	
30- / /		31- / /		32- / /		33- / /		34- / /		35- / /		36- / /	
37- / /		38- / /		39- / /		40- / /		41- / /		42- / /		43- / /	
44- / /		45- / /		46- / /		47- / /		48- / /		49- / /		50- / /	
51- / /		52- / /		53- / /		54- / /		55- / /		56- / /		57- / /	
58- / /		59- / /		60- / /		61- / /		62- / /		63- / /		64- / /	
65- / /		66- / /		67- / /		68- / /		69- / /		70- / /		71- / /	
72- / /		73- / /		74- / /		75- / /		76- / /		77- / /		78- / /	
79- / /		80- / /		81- / /		82- / /		83- / /		84- / /		85- / /	
86- / /		87- / /		88- / /		89- / /		90- / /		91- / /		92- / /	
93- / /		94- / /		95- / /		96- / /		97- / /		98- / /		99- / /	
100- / /		101- / /		102- / /		103- / /		104- / /		105- / /		106- / /	
107- / /		108- / /		109- / /		110- / /		111- / /		112- / /		113- / /	
114- / /		115- / /		116- / /		117- / /		118- / /		119- / /		120- / /	
121- / /		122- / /		123- / /		124- / /		125- / /		126- / /		127- / /	
128- / /		129- / /		130- / /		131- / /		132- / /		133- / /		134- / /	
135- / /		136- / /		137- / /		138- / /		139- / /		140- / /		141- / /	
142- / /		143- / /		144- / /		145- / /		146- / /		147- / /		148- / /	
149- / /		150- / /		151- / /		152- / /		153- / /		154- / /		155- / /	
156- / /		157- / /		158- / /		159- / /		160- / /		161- / /		162- / /	
163- / /		164- / /		165- / /		166- / /		167- / /		168- / /		169- / /	
170- / /		171- / /		172- / /		173- / /		174- / /		175- / /		176- / /	
177- / /		178- / /		179- / /		180- / /		181- / /		182- / /		183- / /	
184- / /		185- / /		186- / /		187- / /		188- / /		189- / /		190- / /	
191- / /		192- / /		193- / /		194- / /		195- / /		196- / /		197- / /	
198- / /		199- / /		200- / /		201- / /		202- / /		203- / /		204- / /	
205- / /		206- / /		207- / /		208- / /		209- / /		210- / /		211- / /	
212- / /		213- / /		214- / /		215- / /		216- / /		217- / /		218- / /	
219- / /		220- / /		221- / /		222- / /		223- / /		224- / /		225- / /	
226- / /		227- / /		228- / /		229- / /		230- / /		231- / /		232- / /	
233- / /		234- / /		235- / /		236- / /		237- / /		238- / /		239- / /	
240- / /		241- / /		242- / /		243- / /		244- / /		245- / /		246- / /	
247- / /		248- / /		249- / /		250- / /		251- / /		252- / /		253- / /	
254- / /		255- / /		256- / /		257- / /		258- / /		259- / /		260- / /	
261- / /		262- / /		263- / /		264- / /		265- / /		266- / /		267- / /	
268- / /		269- / /		270- / /		271- / /		272- / /		273- / /		274- / /	
275- / /		276- / /		277- / /		278- / /		279- / /		280- / /		281- / /	
282- / /		283- / /		284- / /		285- / /		286- / /		287- / /		288- / /	
289- / /		290- / /		291- / /		292- / /		293- / /		294- / /		295- / /	
296- / /		297- / /		298- / /		299- / /		300- / /		301- / /		302- / /	
303- / /		304- / /		305- / /		306- / /		307- / /		308- / /		309- / /	
310- / /		311- / /		312- / /		313- / /		314- / /		315- / /		316- / /	
317- / /		318- / /		319- / /		320- / /		321- / /		322- / /		323- / /	
324- / /		325- / /		326- / /		327- / /		328- / /		329- / /		330- / /	
331- / /		332- / /		333- / /		334- / /		335- / /		336- / /		337- / /	
338- / /		339- / /		340- / /		341- / /		342- / /		343- / /		344- / /	
345- / /		346- / /		347- / /		348- / /		349- / /		350- / /		351- / /	
352- / /		353- / /		354- / /		355- / /		356- / /		357- / /		358- / /	
359- / /		360- / /		361- / /		362- / /		363- / /		364- / /		365- / /	
366- / /		367- / /		368- / /		369- / /		370- / /		371- / /		372- / /	
373- / /		374- / /		375- / /		376- / /		377- / /		378- / /		379- / /	
380- / /		381- / /		382- / /		383- / /		384- / /		385- / /		386- / /	
387- / /		388- / /		389- / /		390- / /		391- / /		392- / /		393- / /	
394- / /		395- / /		396- / /		397- / /		398- / /		399- / /		400- / /	
401- / /		402- / /		403- / /		404- / /		405- / /		406- / /		407- / /	
408- / /		409- / /		410- / /		411- / /		412- / /		413- / /		414- / /	
415- / /		416- / /		417- / /		418- / /		419- / /		420- / /		421- / /	
422- / /		423- / /		424- / /		425- / /		426- / /		427- / /		428- / /	
429- / /		430- / /		431- / /		432- / /		433- / /		434- / /		435- / /	
436- / /		437- / /		438- / /		439- / /		440- / /		441- / /		442- / /	
443- / /		444- / /		445- / /		446- / /		447- / /		448- / /		449- / /	
450- / /		451- / /		452- / /		453- / /		454- / /		455- / /		456- / /	
457- / /		458- / /		459- / /		460- / /		461- / /		462- / /		463- / /	
464- / /		465- / /		466- / /		467- / /		468- / /		469- / /		470- / /	
471- / /		472- / /		473- / /		474- / /		475- / /		476- / /		477- / /	
478- / /		479- / /		480- / /		481- / /		482- / /		483- / /		484- / /	
485- / /		486- / /		487- / /		488- / /		489- / /		490- / /		491- / /	
492- / /		493- / /		494- / /		495- / /		496- / /		497- / /		498- / /	
499- / /		500- / /		501- / /		502- / /		503- / /		504- / /		505- / /	
506- / /		507- / /		508- / /		509- / /		510- / /		511- / /		512- / /	
513- / /		514- / /		515- / /		516- / /		517- / /		518- / /		519- / /	
520- / /		521- / /		522- / /		523- / /		524- / /		525- / /		526- / /	
527- / /		528- / /		529- / /		530- / /		531- / /		532- / /		533- / /	
534- / /		535- / /		536- / /		537- / /		538- / /		539- / /		540- / /	
541- / /		542- / /		543- / /		544- / /		545- / /		546- / /		547- / /	
548- / /		549- / /		550- / /		551- / /		552- / /		553- / /		554- / /	
555- / /		556- / /		557- / /		558- / /		559- / /		560- / /		561- / /	
562- / /		563- / /		564- / /		565- / /		566- / /		567- / /		568- / /	
569- / /		570- / /		571- / /		572- / /		573- / /		574- / /		575- / /	
576- / /		577- / /		578- / /		579- / /		580- / /		581- / /		582- / /	
583- / /		584- / /		585- / /		586- / /		587- / /		588- / /		589- / /	
590- / /		591- / /		592- / /		593- / /		594- / /		595- / /		596- / /	
597- / /		598- / /		599- / /		600- / /		601- / /		602- / /		603- / /	
604- / /		605- / /		606- / /		607- / /		608- / /		609- / /		610- / /	
611- / /		612- / /		613- / /		614- / /		615- / /		616- / /		617- / /	
618- / /		619- / /		620- / /		621- / /		622- / /		623- / /		624- / /	
625- / /		626- / /		627- / /		628- / /		629- / /		630- / /		631- / /	
632- / /		633- / /		634- / /		635- / /		636- / /		637- / /		638- / /	
639- / /		640- / /		641- / /		642- / /		643- / /		644- / /		645- / /	
646- / /		647- / /		648- / /		649- / /		650- / /		651- / /		652- / /	
653- / /		654- / /		655- / /		656- / /		657- / /		658- / /		659- / /	
660- / /		661- / /		662- / /		663- / /		664- / /		665- / /		666- / /	
667- / /		668- / /		669- / /		670- / /		671- / /		672- / /		673- / /	
674- / /		675- / /		676- / /		677- / /		678- / /		679- / /		680- / /	
681- / /		682- / /		683- / /		684- / /		685- / /		686- / /		687- / /	
688- / /		689- / /		690- / /		691- / /		692- / /		693- / /		694- / /	
695- / /		696- / /		697- / /		698- / /		699- / /		700- / /		701- / /	
702- / /		703- / /		704- / /		705- / /		706- / /		707- / /		708- / /	
709- / /		710- / /		711- / /		712- / /		713- / /		714- / /		715- / /	
716- / /		717- / /		718- / /		719- / /		720- / /		721- / /		722- / /	
723- / /		724- / /		725- / /		726- / /		727- / /		728- / /		729- / /	
730													



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO			
NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>DAVI H. FAUSTINO SILVA</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>4651</u>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>COL. ADVENTISTA ALTO BOQUEIRÃO</u>		TELEFONE: <u>3055-8600</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Bom Pastor, 606</u>		CIDADE: <u>CTBA</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>10/04/2018</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>16:00</u>			
LOCAL ONDE OCORREU: <u>PÁTIO RECREIO</u>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <u>HOVE EMPUROS NA FILA E OUTRO ALUNO ACABOU BATENDO</u> <u>SEU CABEÇA NO NARIZ DO ALUNO DAVI</u>			
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



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2018**

Data Matrícula: **02/10/2017**

Nome: **Davi Henrique Faustino Silva (4651)** Curso: 2º Ano - Ensino Fundamental Turma: 23
Sexo: M Data Nascimento: 01/09/2011 Nacionalidade: Brasileira Turno: T
Naturalidade: Curitiba UF: PR Estado Civil: Solteiro
Endereço: Rua Izaac Ferreira da Cruz, 4483 Complemento:
Bairro: Sítio Cercado Cidade: Curitiba UF: PR CEP: 81910-000
Cert. Nascimento: 08574601552011100219045006864559
Cert. Nascimento Livro: 219A Cert. Nascimento Folha: 45
Cert. Nascimento Termo: 08574601552011100219045006864559
Cert. Nascimento Cartório: Boqueirão
Cert. Nascimento Cidade: Curitiba Cert. Nascimento UF: PR
Identidade: 14371285-0 O.Exp: SSP UF: PR Data: 29/01/2015 CPF: 108292999-98 INEP 175059687855 RA:
E-Mail: Cor/ Raça: Branca Religião: Católica
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: 41984020438 | Celular: 41992890702 | Celular: 41998099446 |
Carteirinha Bloqueada? Sim Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Fernando(pai), Daiane(mãe), Analia e Neusa(vó)
Autorizo Imagem: Sim
Observações:



Dados do Pai

CPF: 055898109-73 Nome: Fernando Henrique Silva Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 07/02/1989 Estado Civil: Solteiro Identidade: 98683380 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/01/2008
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Izaac Ferreira da Cruz, 4483
Complemento: casa 12 Bairro: Sítio Cercado Cidade: Curitiba UF: PR CEP: 81910-000
Cx. Postal: E-Mail: fernandosilvacuritiba@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 41992890702 |

Dados da Mãe

CPF: Nome: Daiane Rafaela Faustino Nacionalidade:
Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: Endereço:
Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
Cx. Postal: E-Mail: Religião:
Telefones:

Dados do Responsável Legal

CPF: 055898109-73 Nome: Fernando Henrique Silva Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 07/02/1989 Estado Civil: Solteiro Identidade: 98683380 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/01/2008
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Izaac Ferreira da Cruz, 4483
Complemento: casa 12 Bairro: Sítio Cercado Cidade: Curitiba UF: PR CEP: 81910-000
Cx. Postal: E-Mail: fernandosilvacuritiba@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 41992890702 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 055898109-73 Nome: Fernando Henrique Silva Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 07/02/1989 Estado Civil: Solteiro Identidade: 98683380 O. Exp: SSP UF: PR Data Emissão: 09/01/2008
Grau de Instrução: Superior incompleto Endereço: Rua Izaac Ferreira da Cruz, 4483
Complemento: casa 12 Bairro: Sítio Cercado Cidade: Curitiba UF: PR CEP: 81910-000
Cx. Postal: E-Mail: fernandosilvacuritiba@gmail.com Religião: Católica
Telefones: Celular: 41992890702 |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Rodrigo de Araujo França
Coordenador,,, - Ato nº 1.103.394/2016

Roberto Carlos Pereira
Secretário(a) - Ato nº 1.013.775/2011

Responsável

(Amália)

DATA: 10 / 04 / 2018

Nº 129898

CONTRATO: ADVENTISTA

SOLICITANTE:

TIPO DE SOLICITAÇÃO: ☒ ATENDIMENTO () REMOÇÃO () EVENTO () APOIO PS () DESLOCAMENTO () OUTRO:

TELEFONE:

PACIENTE

PACIENTE: Davi - DAVI HENRIQUE FAUSTINO SILVA

ENDEREÇO: R. Bom Pastor

IDADE: 6

SEXO: () F ☒ M

MUNICIPIO:

BAIRRO: Alto Boqueirão

MOTIVO DO ACIONAMENTO

TRAUMA em NARIZ

PACIENTE RELATA:

TRAUMA em NARIZ

INICIO DOS SINTOMAS:

Hoje

ESTADO INICIAL:

Lucida Orientado

EVOLUÇÃO E CONDUTA:

Paciente segue com edema do lábio (1) de nariz, com inchaço importante o mesmo segue com calo, o mesmo segue com dor e o nariz com ruptura de edema, o mesmo segue com dor e o nariz p.p. PARA AVALIAÇÃO, segue com a mãe e segue REMOVIDO PARA o Hospital de Ambulância PARA SER AVALIADO, GNF S. Paulo segue com uma Landstrolia do Lado (1) com edema, não houve sangramento na Mucosa do nariz, segue PARA AVALIAÇÃO GNF S. Paulo

SHEILA
417.274
CARIMBO E ASSINATURA COREN

FAZ USO DE MEDICAMENTO: () N () S

ALERGIA: () N () S

() ATENDIMENTO SEGUIDO DE REMOÇÃO
() ATENDIMENTO NO LOCAL

MEDICAMENTO:

VIA:

LOCAL E LADO:

MATERIAL:

() ORIENTADO POR MEDICO REGULADOR:

PADRAO RESPIRATORIO: () DISPNEICO () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () INTUBADO

CRM:

CIRCULAÇÃO: () CIANOSE DE EXTREMIDADE () PALIDEZ () NORMOCORADO

PARAMETROS EVOLUTIVOS

ESCALA GLASGOW

ABERTURA OCULAR:

4 () ESPONTANEA

3 () A VOZ

2 () A DOR

1 () AUSENTE

RESPOSTA VERBAL

5 () ORIENTADO

4 () CONFUSO

3 () DESCONEXO

2 () INCOMPREENSIVEL

1 () AUSENTE

RESPOSTA MOTORA

6 () OBEDECE A COMANDO

5 () LOCALIZA DOR

4 () MOVIMENTO DE RETIRADA

3 () FLEXAO ANORMAL

2 () EXTENSÃO ANORMAL

1 () AUSENTE

SINAIS VITAIS

HORARIO

PA

FC

FR

GLASGOW

TEMP

SAT O2

GLICEMIA

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

1/1



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

ENDEREÇO:

DATA DA OCORRÊNCIA:

HORÁRIO DA OCORRÊNCIA:

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

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?

Nº DA MATRÍCULA:

TELEFONE:

CIDADE:

UF:

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?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

O aluno estava em sala de aula e sentiu o deslocamento da mandíbula, procurando em seguida ajuda.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME: Tania Mara Luz de Oliveira.

NOME:

TELEFONE: 3226 3636

TELEFONE: 988771341

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Tania Oliveira.

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS)

CNPJ: 15.116.763.0004-12 / Alameda Júlia da Costa 1447 / Bigorrião / Curitiba / Paraná - 80739-070 / Fone: (41) 3240-2931 / (41) 90519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senna	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV N
4 - Data da Autorização	5 - Senna	9 - Validade da Carteira 18/04/2018	10 - Nome JOAO VITOR MESQUITA		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 3267306	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 18/04/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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) 2	34 - Tipo de Consulta			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
12:49 10001039 cons. ps 54.00					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
0.00		27.00		0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
0.00					
65 - Total Geral (R\$)					
54.00 27.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
Convenção: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1263580					
ACESSOPRD Data/Hora: 18/04/2018 13:14:10 Conta/Lote: 1263580 Atendimento: 2369741					

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	Partes do corpo
bateu o rosto na parede	Rosto

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcelly	(41) 99511-0183

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
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

1/1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Simoneir Guedes da Silva</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>6782</u>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colégio Curitiba Ad. Bom Retiro</u>		TELEFONE: <u>3225 1920</u>	
ENDEREÇO: <u>Lysimaco Ferreira da Costa, 950</u>		CIDADE: <u>Curitiba</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>23/04/18</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>10h</u>			
LOCAL ONDE OCORREU: <u>patio</u>			

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

O aluno foi pegar a bola e desequilibrou, batendo com o rosto no quadril do colega.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Rayana

TELEFONE:

NOME: Marsele

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Marsele

988035741

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Dr. Stanley Camacho
Pediatra
CRM 5215

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

Trauma seg. ab. de D.

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 Juliã 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 2371941000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2371941000000		5 - Senha ATIVO		6 - Data de Validade da Senha 17292		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17292		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome THAYS MANFRINI GUALBERTO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 26551		18 - UF 41	
19 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270		21 - Tipo de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/04/2018		23 - Indicação Clínica 2		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código da Operadora 59		30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		31 - Tipo de Consulta 1		32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 001		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 19/04/2018 19:10 19:10		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 30% 10,20		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		31 - Código CNES 15563	
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\$)		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 Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Impresso por: CRIS SANTOS

Data/Hora: 19/04/2018 21:37:02

Contat.ote: 1264781

Atendimento: 2371941

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data do Atendimento
19/04/2018
Nº Atendimento
2371941



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE



EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente THAYS MANFRINI GUALBERTO	Data de Nascimento 10/10/2001	Sexo F	CPF
Mãe ELIANE CRISTINA MANFRINI	Pai SEM INFORM		Telefone 36010807
Endereço RUA MARIA ANTONIETA DOS SANTOS	Número 780	Complemento	
Cidade PINHAIS	Bairro MARIA ANTONIETA	CEP 83331000	UF PR
Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano EMPRESARIAL		CID S600

Anamnese

HDA	paciente refere trauma direto em 1 qde por bola de volei, com hiperextensao do mesmo. refere dor em todo quirodactilo, predominando m sua base.
Exame Físico	1 qd com pequeno edema em sua base ausencia de desvios rotacionais ou angulares nv preservado rx sem sinais de fratura
Tratamento	tala metalica por 3 dias analgesia, orientações
Diagnóstico	contusao de quirodactilo

João Caetano Munhoz Abdo
Otorrinolaringologista
CRM: 26551 - TEOR: 13

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
CRM: 26551



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Thays Manfrim Gualberto</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>4293</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Instituição Adventista Sul Bras de Educação</i>		TELEFONE: <i>(41) 3226-3636</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Argélia, 85</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>19/04/18</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?	
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA: <i>15:30</i>			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>Quadra esportiva</i>			

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Aluna estava participando de um jogo de vôlei, não uma bola alta bateu em [76.726.884/0067-54] torceu o joelho para trás.

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85

Centenário - CEP: 82.960-200

Curitiba - PR

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME: *Famela Barbosa*

TELEFONE: *(41) 99712-6838*

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

monica elioni

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

19/04/18

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS

CNPJ: 15.116.763/0004-12 / Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3240-2931 / (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Letícia Vieira
Gerente Financeiro
CAC

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

2 - N° Guia no Prestador 2341064000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validada da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
7112		02/05/2018		10 - Nome		BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA		6	
21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
2		27/03/2018		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
36 - Data		37 - Hora Inicial/38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento	
11		9		41 - Descrição		42 - Qtd	
43 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		44 - Tipo de Consulta		45 - Motivo de Encerramento do Atendimento		46 - Valor Unitário (R\$)	
9		9		10101029 - consulta		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Saq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional	
7112		02/05/2018		76591569000130		BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)	
1 - / /		3 - / /		5 - / /		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
2 - / /		4 - / /		6 - / /		70 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
3 - / /		5 - / /		7 - / /		80 - Total de Medicamentos (R\$)	
4 - / /		6 - / /		8 - / /		90 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
5 - / /		7 - / /		9 - / /		100 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
6 - / /		8 - / /		10 - / /		110 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
7 - / /		9 - / /		11 - / /		120 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
8 - / /		10 - / /		12 - / /		130 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
9 - / /		11 - / /		13 - / /		140 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
10 - / /		12 - / /		14 - / /		150 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
11 - / /		13 - / /		15 - / /		160 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
12 - / /		14 - / /		16 - / /		170 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
13 - / /		15 - / /		17 - / /		180 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
14 - / /		16 - / /		18 - / /		190 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
15 - / /		17 - / /		19 - / /		200 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
16 - / /		18 - / /		20 - / /		210 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
17 - / /		19 - / /		21 - / /		220 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
18 - / /		20 - / /		22 - / /		230 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
19 - / /		21 - / /		23 - / /		240 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
20 - / /		22 - / /		24 - / /		250 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
21 - / /		23 - / /		25 - / /		260 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
22 - / /		24 - / /		26 - / /		270 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
23 - / /		25 - / /		27 - / /		280 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
24 - / /		26 - / /		28 - / /		290 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
25 - / /		27 - / /		29 - / /		300 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
26 - / /		28 - / /		30 - / /		310 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
27 - / /		29 - / /		31 - / /		320 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
28 - / /		30 - / /		32 - / /		330 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
29 - / /		31 - / /		33 - / /		340 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
30 - / /		32 - / /		34 - / /		350 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
31 - / /		33 - / /		35 - / /		360 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
32 - / /		34 - / /		36 - / /		370 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
33 - / /		35 - / /		37 - / /		380 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
34 - / /		36 - / /		38 - / /		390 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
35 - / /		37 - / /		39 - / /		400 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
36 - / /		38 - / /		40 - / /		410 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
37 - / /		39 - / /		41 - / /		420 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
38 - / /		40 - / /		42 - / /		430 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
39 - / /		41 - / /		43 - / /		440 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
40 - / /		42 - / /		44 - / /		450 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
41 - / /		43 - / /		45 - / /		460 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
42 - / /		44 - / /		46 - / /		470 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
43 - / /		45 - / /		47 - / /		480 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
44 - / /		46 - / /		48 - / /		490 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
45 - / /		47 - / /		49 - / /		500 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
46 - / /		48 - / /		50 - / /		510 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
47 - / /		49 - / /		51 - / /		520 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
48 - / /		50 - / /		52 - / /		530 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
49 - / /		51 - / /		53 - / /		540 - Total	

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA Data Nasc: 03/04/2012 Idade: 5 Anos 11 Meses 24 Dias Sexo: Masculino **CODIGO 0000054696**
 Nome Mãe: PRISCILA HARRISON ADORNES BATISTA Nome Pai: ANDRE DA CUNHA DE OL CNS do Paciente:
 Endereço: RUA BARTOLOMEU LOURENCO DE GUSMAO Número: 633 Complemento:
 Cidade: CURITIBA Bairro: HAUER CEP: 81610060 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA **CODIGO 0002341064**
 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA CRM: 35980 Plano: EMPRESARIAL Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
 Data/Hora: 27/03/2018 - 19:25 Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA Matrícula: 7112
 Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA Telefone: Grau de Parentesco:
 Responsável:

Anamnese

HDA

FCC EM COURO CABELUDO

Exame Físico

FCC EM COURO CABELUDO

Diagnóstico

FCC EM COURO CABELUDO

Tratamento

LIMPEZA+SUTURA COM ~~COLA~~ FIO 4.0 MONO NYLON

Dr. Aluisio Gadelha
 Cirurgia Pediátrica
 CRM 35980

Medico(a): ALUISIO AUGUSTO BELMINO
 GADELHA CRM: 35980



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

OME COMPLETO DO ALUNO:	Nº DA MATRÍCULA:	
Bernardo Adams de Oliveira	7112	
OME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	TELEFONE:	
Colégio Adventista Boa Vista	30518620	
NDEREÇO:	CIDADE:	UF:
Fernando de Hornbush 470	Curitiba	PR

ATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
27-03-2018	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
17:20	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
Cantina	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
	☐ QUEIMADURA	☐ JOGO DE FUTEBOL
	☒ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
	☐ 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:

Aluno estava na praça de alimentação, corria e bateu a cabeça, fez uma corte na parte traseira da cabeça.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:	TELEFONE:
NOME: Vitor	
NOME:	TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?	
Vitor	
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 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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