



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

RPS nº. 299123, Série: U, emitido em 10/05/2018, conversão em 10/05/2018

Número da Nota

297722

Data e Hora de Emissão

10/05/2018 11:26:58

Código de Verificação

705ME00C

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 SUL BRAS 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\$ 228,50

11 MAIO 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$228,50

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	228,50	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.



HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE E HOSPITAL DE CRIANÇAS CESAR PERNETA

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

10/05/2018 10:32:44

Faturas por médico

Fatura nº 52208/2018		Convênio 304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE			
CRM	Médico	Paciente	Guia	Data	Total
35980	ALUISIO AUGUSTO BELMINO	BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA	23410640	27/03/2018	56,50
26551	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS	23587620	10/04/2018	10,50
	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	THAYS MANFRINI GUALBERTO	23719410	19/04/2018	10,50
				Total	21,00
				Total de Taxas	
27706	LUCIO RICIERI PEROTTI	RUBENS FERNANDO GERALDO	23834060	27/04/2018	10,50
33950	MELINA CAPRARO ALCANTARA	DAVI FORTESKI WIERNER	23662610	16/04/2018	56,50
25919	VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	MARIANA KOT DE ABREU BORGES	23631340	13/04/2018	42,00
	VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	SAMUEL DE BRITO PEREIRA	23686960	17/04/2018	42,00
				Total	84,00
				Total de Taxas	
				Total	228,50
				Total de Taxas	
				Total da Fatura nº 52208/2018	228,50

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sanha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 02/05/2018	10 - Nome BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 7112					
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35980	18 - UF 41	19 - Código CBO 225230	20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Aluisio Gadelha CRM 35980
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 27/03/2018	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				
Dados do Atendimento					
31 - Tipo Atendimento 11	32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9				
33 - Tipo de Consulta 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
35 - Data 27.03.18	36 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 30/03/18 394 putura	42 - Qide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc
46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 56.50					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional.	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
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 OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 56.50					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  Bernardo Adornes de Oliveira					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  Aluisio Augusto Belmino Gadelha CRM 35980					
68 - Assinatura do Profissional					
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					

DADOS DO PACIENTE
CODIGO 0000054696

Nome Paciente: BERNARDO ADORNES DE OLIVEIRA Data Nasc: 03/04/2012 Idade: 5 Anos 11 Meses 24 Dias Sexo: Masculino
 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
CODIGO 0002341064

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

Anamnese
HDA

FCC EM COURO CABELUDO

Exame Físico

FCC EM COURO CABELUDO

Diagnóstico

FCC EM COURO CABELUDO

Tratamento

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

Dr. Aluisio Gadelha
 Cirurgia Pediátrica
 CRM 35980

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

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: <i>Fernando Adorno de Oliveira</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>7112</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Boa Vista</i>		TELEFONE: <i>3051 8620</i>	
ENDEREÇO: <i>Fernando de Noronha 470</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17-03-2018</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>17:20</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Antena</i>			

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

O aluno estava na praça de alimentação, correndo e bateu a cabeça, fez uma corte na parte traseira da cabeça.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Adorno*

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

LOCAL 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



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 Autotização	5 - Senha	10 - Nome MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS RITTER	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 1906	9 - Validade da Carteira 10/04/2018	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 26551	17 - Número no Conselho 41	18 - UF 41
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 26 - Descrição ou Item Assistencial	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
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) 2
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	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 10/04/2018 16:26 16:26 22 22 2 10/04/2018 16:26 16:26 22 22	42 - Observação / Justificativa IMOBILIZACOES NAO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	43 - Código do Procedimento 307111010	44 - Valor do Procedimento 10.50	45 - Valor do Atendimento 10.50
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
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 da 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				

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA FERNANDA OPAZO POLITIS
Nome Mãe: VALERIA ALEJANDRA OPAZO POLITIS
Endereço: RUA IZIDORO WOSCH
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 16/09/2009
Nome Pai: MARCOS VINICIUS RITT
Número: 491
Bairro: SANTA CANDIDA

CODIGO 0000117353
Idade: 8 Anos 6 Meses 25 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento: SOB29
CEP: 82650500 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 10/04/2018 - 16:26
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável:

CODIGO 0002358762
CRM: 26551
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone:

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 1906
Grau de Parentesco:

Anamnese**HDA**

PACIENTE REFERE TER SOFRIDO TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO 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

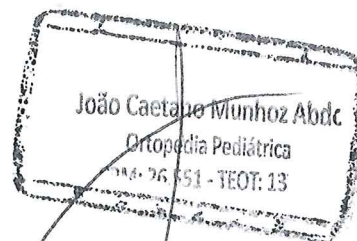
RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA

Diagnóstico

CONTUSÃO DE DEDO

Tratamento

AINE
TALA DE ALUMINIO
RETORNO SN



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

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: 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

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Diretora Marli

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 / Bigorrrilho / 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 Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sessão	10 - Nome MARIANA KOT DE ABREU BORGES	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018		
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 13/04/2018			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO 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) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 B.04.18 17:21 30722420 - Fratura 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 42.00			
Identificação do(a) 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 do 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			



Data do Atendimento

13/04/2018

Nº Atendimento

2363134

HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	MARIANA KOT DE ABREU BORGES	Data de Nascimento	25/10/2012	Sexo	F	CPF	
Mãe	ELISANGELA DE FATIMA KOT DE ABREU BOI	Pai	SERGIO DE /			Telefone	32054072
Endereço	RUA BLAISE PASCAL	Número	22	Complemento			
Cidade	CURITIBA	Bairro	ABRANCHES	CEP	82220230	UF	PR
Convênio	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano	EMPRESARIAL			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:	Manuana 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? 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: 991727266

NOME: Salida

TELEFONE: 991913653

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 / Bigorrrilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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



2 - N° Guia no Prestador 2366261000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira				10 - Nome			
8 - Número da Carteira		4343		16/04/2018		DAVI FORTESKI WIENER					
11 - Cartão Nacional de Saúde											
12 - Atendimento a RN N											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora		76591569000130		14 - Nome do Contratado		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante		MELINA CAPRARO ALCANTARA		16 - Conselho Profissional		6		17 - Número no Conselho		33950	
18 - UF		41		19 - Código CBO		225230		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter Atendim.		2		22 - Data da Solicitação		16/04/2018		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.					
28 - Qt.Autoriz.											
Dados do Contrato 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		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd	
43 - Via		44 - Tec		45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)	
16.04.18		11:14		30101784- Sutura		30101784- Sutura		30101784- Sutura		30101784- Sutura	
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 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Medicamentos (R\$)	
60 - Total Procedimentos (R\$)		0.00		61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		27.00		62 - Total de OPME (R\$)		0.00	
63 - Total de Gases Médicinas (R\$)		0.00		64 - Total de Medicamentos (R\$)		0.00		65 - Total Geral (R\$)		0.00	
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		101 - Assinatura do Profissional	
102 - Assinatura do Profissional		103 - Assinatura do Profissional		104 - Assinatura do Profissional		105 - Assinatura do Profissional		106 - Assinatura do Profissional		107 - Assinatura do Profissional	
108 - Assinatura do Profissional		109 - Assinatura do Profissional		110 - Assinatura do Profissional		111 - Assinatura do Profissional		112 - Assinatura do Profissional		113 - Assinatura do Profissional	
114 - Assinatura do Profissional		115 - Assinatura do Profissional		116 - Assinatura do Profissional		117 - Assinatura do Profissional		118 - Assinatura do Profissional		119 - Assinatura do Profissional	
120 - Assinatura do Profissional		121 - Assinatura do Profissional		122 - Assinatura do Profissional		123 - Assinatura do Profissional		124 - Assinatura do Profissional		125 - Assinatura do Profissional	
126 - Assinatura do Profissional		127 - Assinatura do Profissional		128 - Assinatura do Profissional		129 - Assinatura do Profissional		130 - Assinatura do Profissional		131 - Assinatura do Profissional	
132 - Assinatura do Profissional		133 - Assinatura do Profissional		134 - Assinatura do Profissional		135 - Assinatura do Profissional		136 - Assinatura do Profissional		137 - Assinatura do Profissional	
138 - Assinatura do Profissional		139 - Assinatura do Profissional		140 - Assinatura do Profissional		141 - Assinatura do Profissional		142 - Assinatura do Profissional		143 - Assinatura do Profissional	
144 - Assinatura do Profissional		145 - Assinatura do Profissional		146 - Assinatura do Profissional		147 - Assinatura do Profissional		148 - Assinatura do Profissional		149 - Assinatura do Profissional	
150 - Assinatura do Profissional		151 - Assinatura do Profissional		152 - Assinatura do Profissional		153 - Assinatura do Profissional		154 - Assinatura do Profissional		155 - Assinatura do Profissional	
156 - Assinatura do Profissional		157 - Assinatura do Profissional		158 - Assinatura do Profissional		159 - Assinatura do Profissional		160 - Assinatura do Profissional		161 - Assinatura do Profissional	
162 - Assinatura do Profissional		163 - Assinatura do Profissional		164 - Assinatura do Profissional		165 - Assinatura do Profissional		166 - Assinatura do Profissional		167 - Assinatura do Profissional	
168 - Assinatura do Profissional		169 - Assinatura do Profissional		170 - Assinatura do Profissional		171 - Assinatura do Profissional		172 - Assinatura do Profissional		173 - Assinatura do Profissional	
174 - Assinatura do Profissional		175 - Assinatura do Profissional		176 - Assinatura do Profissional		177 - Assinatura do Profissional		178 - Assinatura do Profissional		179 - Assinatura do Profissional	
180 - Assinatura do Profissional		181 - Assinatura do Profissional		182 - Assinatura do Profissional		183 - Assinatura do Profissional		184 - Assinatura do Profissional		185 - Assinatura do Profissional	
186 - Assinatura do Profissional		187 - Assinatura do Profissional		188 - Assinatura do Profissional		189 - Assinatura do Profissional		190 - Assinatura do Profissional		191 - Assinatura do Profissional	
192 - Assinatura do Profissional		193 - Assinatura do Profissional		194 - Assinatura do Profissional		195 - Assinatura do Profissional		196 - Assinatura do Profissional		197 - Assinatura do Profissional	
198 - Assinatura do Profissional		199 - Assinatura do Profissional		200 - Assinatura do Profissional		201 - Assinatura do Profissional		202 - Assinatura do Profissional		203 - Assinatura do Profissional	

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 0000440011

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

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 0002366261

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		
Responsável:	Telefone:	Grau de Parentesco:

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 ☒ QUESA ☐ 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 PATEU O NARIZ NA PARTE DE DEGRAU			
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 / Bigorrião / 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	5 - Senha ELEGIVEL	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17260
4 - Data de Autorização 17/04/2018	6 - Data de Validade da Senha	10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000	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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
22 - Data da Solicitação 17/04/2018			
21 - Tipo Atendimento 2	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 59	30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 17/04/2018 18:50 18:50 22			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
42.00 42.00			
Identificação do(a) Profissional(s) 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			
Cam guia adventista. anexada.			
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
17/04/2018
Nº Atendimento
2368696



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 ASSUMPCAO	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:	Samuel de Brito Pereira		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	Colégio Adventista Bequira		TELEFONE:	3051-8550
ENDEREÇO:	R. Cleto da Silva 1160		CIDADE:	Curitiba
			UF:	PR

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
17/04/18	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
17h30	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ QUEIMADURA	☐ JOGO DE FUTEBOL
pátio	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
	☒ TRAUMA	☐ NATAÇÃO
	☐ TRAUMA COM BOLA	☐ RECREIO
	☐ OUTROS	☐ SALA DE AULA
	QUAL? fratura exposta	☒ OUTROS
		QUAL? saída

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

Um aluno estava correndo e se chocou com o Samuel, que caiu no chão.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Professora Margarete Monteiro

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Professora Margarete Monteiro

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

17/04/18

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Ruana Rincón

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 2371941000000	6 - Data de Validade da Senha 17292	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17292	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 19/04/2018	5 - Senha ATIVO	10 - Nome THAYS MANFRINI GUALBERTO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000000000000000	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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/04/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contrato Executante				
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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 19/04/2018 19:10 19:10 22	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 10.50			
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 Com encaminhamento anexado.				
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\$)	10.50		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Contratado				

Data do Atendimento
19/04/2018
Vº Atendimento
1371941



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE



EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
THAYS MANFRINI GUALBERTO	10/10/2001	F	
Mãe	Pai		Telefone
ELIANE CRISTINA MANFRINI	SEM INFORM		36010807
Endereço	Número	Complemento	
RUA MARIA ANTONIETA DOS SANTOS	780		
Cidade	Bairro	CEP	UF
PINHAI	MARIA ANTONIETA	83331000	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		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
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26551 - TEOT: 13

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
CRM: 26551



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Thays Mambri Gualberto</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>4293</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Instituição Adventista Sul Brasil 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, viu uma bola alta bateu em [76.726.884/0067-54] torceu o pulso para trás.

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85

Centenário - CEP: 82.960-200

Curitiba - PR

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME: *Yamela Barcelata*

TELEFONE: *(41) 99712-6838*

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

monitore Eliene

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 | Bigorriho | 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/ISADT

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													
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome RUBENS FERNANDO GERALDO GABRIEL		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N											
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 00000		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		14 - Nome do Operadora RUBENS FERNANDO GERALDO GABRIEL		12 - Atendimento a RN N											
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		20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
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 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		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1 27/04/2018 18:12		37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 18:12		39 - Tabela 40 - Procedimento 22		41 - Descrição 3078060 - tela de administração.		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 10,50									
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 Can. guia - du uncam i nham inter.		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\$) 10,50	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado															



Paciente

RUBENS FERNANDO GERALDO GABRIEL
Mãe

ROSANGELA DIAS GERALDO GABRIEL

Endereço

RUA PROFESSOR OSCAR MARTINS GOMES

Cidade

CURITIBA

Convênio

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Nascimento

12/11/2003

Pai

ADEMIR GAE

Número

714

Bairro

XAXIM

Plano

EMPRESARIAL

Sexo

M

Complemento

CS

CEP

81830110

CPF

Telefone

4132755764

UF

PR

CID

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: <i></i>	UF: <i></i>

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:	TELEFONE:
NOME:	
NOME:	TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?
<i>Daniela Pietroski</i>

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:
<i>27/04/2018</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 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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

Daniela Pietroski de Oliveira
Vice-Diretor - CAAB