CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA Codigo : 760192310000109 22/10/2021 11:31
C.G.C : 76.019.231/0001-09 Endereço : MANOEL CORREIA , 965 Bairro : CENTRO

Convênio : ADVENTISTA
Contas do lote : 3800614 - ADVENTISTA SADT SETEMBRO Data : 27/09/2021
Conta para o crédito : Agencia : Conta :
Previsão do crédito : 27/09/2021

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.	Desconto
1187991-21	23/09/2021 14:04	0917170-21	123	GABRIEL DANTAS OLIVEIRA	ALMIR JOSE CORD	253,40	0,00	0,00
1187992-21	24/09/2021 12:36	0917426-21	123	GABRIEL DANTAS OLIVEIRA	ALMIR JOSE CORD	31,36	0,00	0,00
1189881-21	30/09/2021 12:10	0918405-21	123	GABRIEL DANTAS OLIVEIRA	CLINICA MEDICA	40,31	0,00	0,00
1191637-21	15/10/2021 10:11	0920503-21	00010101013982850	DAVI DA SILVA NICOCELI	RONOEL RENATO A	168,97	0,00	0,00
1192251-21	18/10/2021 17:22	0920862-21	2213067	MARINA MIOLA BOHLING	CLINICA MEDICA	181,36	0,00	0,00
Total de registros: 5						675,40	0,00	0,00

Total lote com desconto: 675,40
Total lote sem desconto: 675,40

CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA Codigo : 76019231000109 22/10/2021 11:34
C.G.C : 76.019.231/0001-09 Endereço : MANOEL CORREIA , 965 Bairro : CENTRO

Convênio : ADVENTISTA
Contas do lote : 3849319 - ADVENTISTA CONSULTAS E EXAMES SETEMBRO 2021 Data : 22/10/2021
Conta para o crédito : Agencia : Conta :
Previsão do crédito : 22/10/2021

Conta	Data	Guia	Matricula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.	Desconto
1192514-21	09/09/2021 14:57	0914895-21	123	HENRIQUE MARTINS DE OLI	RAFAEL GOMES MI	117,19	0,00	0,00
Total de registros: 1						117,19	0,00	0,00

Total lote com desconto: 117,19
Total lote sem desconto: 117,19

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi da Silva Nicoceli
Nº da Carteirinha: 2.21.2504
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 09/04/2009 **Nº da Guia:** 4126

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/10/2021	08:45:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Cama Elástica

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava utilizando a cama elàstica e caiu sobre a mão causando uma torção no dedo.

Testemunha da ocorrência

Sandra Pedrozo

Telefone

(41) 98412-5119

Quem prestou primeiros socorros

Sandra Pedrozo

Data

15/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido pela monitora que prestou os primeiros atendimentos e foi verificado um inchaço no local.

Colégio Adventista Paranaguá
Fone: (41) 3427- 8200
CNPJ 76.726.884/0026-86
Rua Manoel Correia, 830
Costeira Paranaguá- PR
CEP 83.203 – 410
Ed. Infantil, Ens. Fundamental e Médio

Ass.:

Rafaella Aceti de Ávila

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1191637-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0920503-21	15/10/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
00010101013982850		DAVI DA SILVA NICOCELI		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RONOEL RENATO ABNOR	CRM	9588	PR	225124	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|U|		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
15/10/2021	10:11	10:11	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
15/10/2021	10:11		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C	1,00	10,50	10,50
15/10/2021	10:11		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1	C	0,00	36,90	36,90

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
3	12	167.181.009-00	RONOEL RENATO ABNOR	CRM	9588	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série — 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/__ 2. __/__/__ 3. __/__/__ 4. __/__/__ 5. __/__/__ 6. __/__/__ 7. __/__/__ 8. __/__/__ 9. __/__/__ 10. __/__/__

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
____.__	34,86	8,71	____.__	0,00	0,00	168,97

Clínica Médica São Paulo Ltda.
CNPJ: 76.019.231/0001-09

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000000920503-21

Atend. 0920503-21

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0920503-21	15/10/2021			0920503-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
00010101013982850		DAVI DA SILVA NICOCELI		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
RONOEL RENATO ABNOR	CRM	9588	PR	225124

Drº Ronoel Renato Abnor
CRM - PR 9588

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	15/10/2021 10:11:10	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|1|	|0|	|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
15/10/2021	10:11		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1. __/__/____
2. __/__/____
3. __/__/____
4. __/__/____
5. __/__/____
6. __/__/____
7. __/__/____
8. __/__/____
9. __/__/____
10. __/__/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

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

2 - Nº Guia no prestador

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

Atend. 0920503-21

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização / /

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha / /

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
00000000000000000000

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
00010101013982850

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
DAVI DA SILVA NICOCELI

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76019231000109

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

Drº Ronoel Renato Abnor
CRM - PR 9588

15 - Nome do Profissional Solicitante
RONOEL RENATO ABNOR

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
9588

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225124

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
|_|

22 - Data da Solicitação
15/10/2021 10:11:10

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1

30 - Nome do Contratado Executante

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
|05|

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
|9|

34 - Tipo de Consulta
|_|

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1.	__/__/____	___:___	___:___	___						___,__	___,__	___,__
2.	__/__/____	___:___	___:___	___						___,__	___,__	___,__
3.	__/__/____	___:___	___:___	___						___,__	___,__	___,__
4.	__/__/____	___:___	___:___	___						___,__	___,__	___,__
5.	__/__/____	___:___	___:___	___						___,__	___,__	___,__

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. __/__/____
2. __/__/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3. __/__/____
4. __/__/____
5. __/__/____
6. __/__/____
7. __/__/____
8. __/__/____
9. __/__/____
10. __/__/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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 Beneficiario ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CLÍNICA SÃO PAULO
FONE/FAX: 3423-4466

NOME: [illegible]

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO: Queda do 3º G. D.

MÉDICO: Dr. Ronoel Renato do N. Abdnor CRM 9588

CONVÊNIO: Adventista

DATA DA ENTRADA: 15-10-21

HORA DA ENTRADA: 16h13

HORA DA SAIDA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

Queda do 3º G. D.

- hemobilização c/ acrílico

utilizado

01 tala alumínio
01 atadura crepe N 10
10 cm mielerpore

HORÁRIOS (CHECAR E ASSINAR)

16:35

Téc. Enf. Josiele R. Veiga
COREN: 1063419

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CCG lúcida, orientada, corado, coloração, comum, deambulando, amoleado pelo Dr Ronoel encaminhado para sala procedimento realizado imobilização com gesso conforme prescrição médica após foi liberado com alta

Téc. Enf. Josiele R. Veiga
COREN: 1063419

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Liberado por fraturas e pensamento

Dr. Ronoel Renato do N. Abdnor
CRM 9588

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PROCEDIMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

MEDICAMENTOS	QUANT.
SORO FISIOLOGICO 9% 1000ML	
SORO FISIOLOGICO 9% 500ML	
SORO FISIOLOGICO 9%	
SORO GLICOSADO 5% 1000ML	
SORO GLICOSADO 5% 500ML	
SORO GLICOSADO 5%	
BUSCOPAM COMPOSTO (AMP)	
PLASIL (AMP)	
DIPIRONA (AMP)	
BROFENID (FRC)	
VOLTAREM 75 MG (AMP)	
SOLU-CORTEF 500 MG (FRC)	
AAS (AD) (INF)	
DIMORF (AMP)	
AMINOFILINA (AMP)	
(SORDIL (CPRS)	
AGUA DESTILADA 10 ML (AMP)	
FENERGAN (AMP)	
NIFEDIPRESS 20 MG (CPRS)	
LISADOR (AMP)	
DIAZEPAN 10 MG (AMP)	
ANTAK (AMP)	
COMPLEXO B (AMP)	
VITAMINA C (AMP)	
DIOLANTINA (AMP)	
[illegible]TANICINA (AMP)	
[illegible] (AMP)	
FUROSEMIDE 40 MG (CPRS)	
GLICOSE 25% (AMP)	
GLICOSE 50% (AMP)	
BROFENID 100 MG (AMP)	
[illegible]FINA (AMP)	
LEXIDRON (AMP)	
KCL 19,1% (AMP)	
NACL (AMP)	
GLUCONATO DE CALCIO (AMP)	
FLEET ENEMA (FRC)	
PLAMET (AMP)	
INSULINA UI	
DEXAMETASONA (AMP)	
CAPTOPRIL 25 MG (CPRS)	
CAPOTEM 25 MG (CPRS)	
ATENSINA (CPRS)	
CETOPROFENO (AMP)	

ANESTESICOS	QUANT.
XYLOCAINA 2%	
LIDOCAINA 2% SN	
KETALAR P/ML	
XYLESTESIN 2%	

SOLUÇÕES	QUANT.
PVPI TOPICO	
PVPI DEGERMANTE	

MATERIAS	QUANT.
EQUIPO P/ SORO	
JELCO T PLUS Nº	
INFULSOR MULTIPLO	
SCALP Nº	
COMPRESSA DE GAZE 10X10 CM	
SERINGA 5 ML	
SERINGA 10 ML	
SERINGA 20 ML	
SERINGA	
AGULHA 25 X 7	
AGULHA 40 X 12	
AGULHA	
CATETER NASAL	
LUVA ESTERIL Nº	
LUVA PROCEDIMENTO	
LAMINA DE BISTURI Nº	
MICROPORE	
SONDA	

APARELHO GESSADO	QUANT.
ATADURA GESSADA 10 CM	
ATADURA GESSADA 15 CM	
ATADURA GESSADA 20 CM	
ALGODAO ORTOPEDICO 10 CM	
ALGODÃO ORTOPEDICO 15 CM	
ALGODAO ORTOPEDICO 20 CM	
ATADURA CREPON 5 CM	
ATADURA CREPON 10 CM	
ATADURA CREPON 15 CM	
ATADURA CREPON 20 CM	
FAIXA DE SMARCH - P. MT	
MALHA TUBULAR P. MT	

OXIGÊNIO	HORA
INICIO	
TERMINO	

TAXAS	USO
TAXA DE CURATIVO (P) ,M ,(G)	
INALAÇÃO C/ AR COMPRIM P/ HORA	
T. COMPACTA SALA INALAÇÃO	
CRIO CAUTERIO	
T. SALA DE PROC. AMBULATOR	
T. Sala de Coloc./Retir. de Gesso	
T. Sala Observ.,até 6 horas	
T. Comp. Sala Sessão Inalação	
Aluguel/Taxa Serra Gesso, por Uso	

FIOS	QUANT.
FIO MONONYLON Nº	
FIO CATGUT CROMADO Nº	
FIO CATGUT SIMPLES Nº	

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	0920503-21

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO	3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item / 17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante / 20 - Descrição	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	19 - Nº Autorização de Funcionamento	15 - Valor unitário (R$)	16 - Valor Total (R$)
1-	4	15/10/2021			18	60023236	TAXA DE SALA AMBULATORIAL I (COM PROCEDIMENTO DE ENFERMEIRA	1,00	036	0,00		34,86	34,86
2-	3	15/10/2021			05	70034362	ATADURA CREPOM CYSNE 10 CM X 1,8 M (EM REPOUSO) - PCT 12 UN. - PC.	1,00	036	0,00		6,06	6,06
3-	3	15/10/2021			05	0000019651	MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M	20,00	038	0,00		0,05	1,03
4-	3	15/10/2021			12	0005800258	TALA METALICA C/ ESPUMA 12X25 PEQ.	1,00	036	0,00		1,62	1,62
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													

21 - Total de Gases Medicinais R$	22 - Total de Medicamentos R$	23 - Total de Materiais R$	24 - Total de OPME R$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R$	26 - Total de Diárias R$	27 - Total Geral R$
0,00	0,00	8,71	0,00	34,86	0,00	43,57

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1187992-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0917426-21	24/09/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		GABRIEL DANTAS OLIVEIRA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALMIR JOSE CORDEIRO	CRM	12368	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|E|		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|4|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série — 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/__ _____
2. __/__/__ _____
3. __/__/__ _____
4. __/__/__ _____
5. __/__/__ _____
6. __/__/__ _____
7. __/__/__ _____
8. __/__/__ _____
9. __/__/__ _____
10. __/__/__ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
_____,__	12,12	12,59	_____,__	6,65	0,00	31,36

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

Clínica Médica São Paulo Ltda
CNPJ: 76.019.231/0001-09

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Dantas Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.21.3795
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 30/08/2017 | **Nº da Guia:** 4007

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2021	14:00:00	Corredor	Aluno tropeçou no tênis

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno retornou a clinica para fazer curativo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3427-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações
O aluno retornou até a clinica no dia 24/09 para fazer curativo.

Ass.: Anexo

Rafaella Aceti de Ávila

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

2 - Nº Guia no prestador
000000000000917426-21

Atend. 0917426-21

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
0917426-21

4 - Data da Autorização
24/09/2021

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
0917426-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
GABRIEL DANTAS OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

Dr. Almir José Cordeiro
CRM-PR 12368

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALMIR JOSE CORDEIRO

16 - Conselho Profissional **CRM**

17 - Número no Conselho **12368**

18 - UF **PR**

19 - Código CBO S **225125**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento **|1|**

22 - Data da Solicitação **24/09/2021 12:36:48**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento **|4|**

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **|1|**

34 - Tipo de Consulta **|0|**

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento **|12|**

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/____ 3. __/__/____ 5. __/__/____ 7. __/__/____ 9. __/__/____
2. __/__/____ 4. __/__/____ 6. __/__/____ 8. __/__/____ 10. __/__/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

CLÍNICA SÃO PAULO
FONE/FAX: 3423-4466

NOME: Gabril Dantas Oliveira

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO: Sutura Curativo Queimado

MÉDICO: Almir

CONVÊNIO: Adventista

DATA DA ENTRADA: 24/09

HORA DA ENTRADA: 12:36

HORA DA SAÍDA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

Pcte deu entrada no P.S. para realizar Curativo pós sutura

O curativo

HORÁRIOS (CHECAR E ASSINAR)

12:45

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

12:36 h Paciente deu entrada na unidade para realizar curativo pós FCC em queimado. As 12:45 realizado utilizando 20ml de gaze + 100ml de SFO,9% + 10ml de clorex tópico + 02 pares de luva de procedimento + 20cm de micropore. Após, liberado com alta + orientações.

Ariadne Ramos
Tecnica de Enfermagem
COREN-PR 7

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Dr. Almir José Cordeiro
CRM-PR 12368

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PROCEDIMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 9% 1000ML		EQUIPO P/ SORO	
SORO FISIOLÓGICO 9% 500ML		JELCO T PLUS Nº	
SORO FISIOLÓGICO 9%		INFULSOR MULTIPLO	
SORO GLICOSADO 5% 1000ML		SCALP Nº	
SORO GLICOSADO 5% 500ML		COMPRESSA DE GAZE 10X10 CM	
SORO GLICOSADO 5%		SERINGA 5 ML	
BUSCOPAM COMPOSTO (AMP)		SERINGA 10 ML	
PLASIL (AMP)		SERINGA 20 ML	
DIPIRONA (AMP)		SERINGA	
PROFENID (FRC)		AGULHA 25 X 7	
VOLTAREM 75 MG (AMP)		AGULHA 40 X 12	
SOLU-CORTEF 500 MG (FRC)		AGULHA	
AAS (ADI) (INF)		CATETER NASAL	
DIMORF (AMP)		LUVA ESTERIL Nº	
AMINOFILINA (AMP)		LUVA PROCEDIMENTO	
ISORDIL (CPRS)		LAMINA DE BISTURI Nº	
AGUA DESTILADA 10 ML (AMP)		MICROPORE	
FENERGAN (AMP)		SONDA	
NIFEDIPRESS 20 MG (CPRS)			
LISADOR (AMP)			
MEROPAN 10 MG (AMP)			
ANTAK (AMP)			
COMPLEXO B (AMP)			
VITAMINA C (AMP)			
DIOLANTINA (AMP)			
GENTANICINA (AMP)		**APARELHO GESSADO**	**QUANT.**
LASIX (AMP)		ATADURA GESSADA 10 CM	
FUROSEMIDE 40 MG (CPRS)		ATADURA GESSADA 15 CM	
GLICOSE 25% (AMP)		ATADURA GESSADA 20 CM	
GLICOSE 50% (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 10 CM	
PROFENID 100 MG (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 15 CM	
RANITIDINA (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 20 CM	
DECADRON (AMP)		ATADURA CREPON 5 CM	
KCL 19,1% (AMP)		ATADURA CREPON 10 CM	
NACL (AMP)		ATADURA CREPON 15 CM	
GLUCONATO DE CALCIO (AMP)		ATADURA CREPON 20 CM	
FLEET ENEMA (FRC)		FAIXA DE SMARCH - P/ MT	
PLAMET (AMP)		MALHA TUBULAR P/ MT	
INSULINA UI			
DEXAMETASONA (AMP)			
CAPTOPRIL 25 MG (CPRS)			
CAPOTEM 25 MG (CPRS)		**OXIGÊNIO**	**HORA**
ATENSINA (CPRS)		INICIO	
CETOPROFENO (AMP)		TERMINO	
ANESTÉSICOS	**QUANT.**	**TAXAS**	**USO**
XYLOCAINA 2%		TAXA DE CURATIVO (P) (M) (G)	
LIDOCAINA 2% SN		INALAÇÃO C/ AR COMPRIM P/ HORA	
KETALAR P/ML		T. COMPACTA SALA INALAÇÃO	
XYLESTESIN 2%		CRIO CAUTERIO	
		T. SALA DE PROC. AMBULATOR.	
		T. Sala de Coloc./Retir. de Gesso	
		T. Sala Observ. até 6 horas	
		T. Comp. Sala Sessão Inalação	
		Aluguel/Taxa Serra Gesso, por Uso	
SOLUÇÕES	**QUANT.**	**FIOS**	**QUANT.**
P.V.P.I. TÓPICO		FIO MONONYLON Nº	
P.V.P.I. DEGERMANTE		FIO CATGUT CROMADO Nº	
		FIO CATGUT SIMPLES Nº	

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	0917426-21

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO	3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R$)	16 - Valor Total (R$)
	17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1-	4	24/09/2021			18	4010029	1,00	036	0,00	12,12	12,12
	20 - Descrição	TAXA PARA CURATIVOS MEDIOS									
2-	2	24/09/2021			05	90222377	1,00	013	0,00	6,65	6,65
		SOL. CLOR. SODIO. 0,9% 100ML (EUROFARMA)									
3-	3	24/09/2021			05	70176027	2,00	043	0,00	5,78	11,56
		GAZE ESTÉRIL 11 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM - PCT 10 UN. - PC.									
4-	3	24/09/2021			05	0000019651	20,00	038	0,00	0,05	1,03
		MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M									
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											

21 - Total de Gases Medicinais R$	22 - Total de Medicamentos R$	23 - Total de Materiais R$	24 - Total de OPME R$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R$	26 - Total de Diárias R$	27 - Total Geral R$
0,00	6,65	12,59	0,00	12,12	0,00	31,36

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1189881-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0918405-21	30/09/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		GABRIEL DANTAS OLIVEIRA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CLINICA MEDICA SAO PAULO	OUT	1	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|U|		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|4|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série — 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/__ _____
2. __/__/__ _____
3. __/__/__ _____
4. __/__/__ _____
5. __/__/__ _____
6. __/__/__ _____
7. __/__/__ _____
8. __/__/__ _____
9. __/__/__ _____
10. __/__/__ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
_____,__	12,12	21,54	_____,__	6,65	0,00	40,31

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Dantas Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.21.3795
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 30/08/2017 | **Nº da Guia:** 4009

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/09/2021	14:00:00	Corredor	Tropeçou no tênis

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
Aluno retornou a clínica para retirar os pontos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3427-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações
Aluno retornou a clinica para retirada dos pontos.

Ass.: anexo

Rafaella Aceti de Ávila

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000000918405-21

Atend. 0918405-21

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0918405-21	30/09/2021			0918405-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		GABRIEL DANTAS OLIVEIRA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CLINICA MEDICA SAO PAULO	OUT	1	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	30/09/2021 12:10:58	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|4|	|1|	|0|	|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1. ___/___/____
2. ___/___/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
3. ___/___/____
4. ___/___/____
5. ___/___/____
6. ___/___/____
7. ___/___/____
8. ___/___/____
9. ___/___/____
10. ___/___/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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
	X Raíssa Dantas	

CLÍNICA SÃO PAULO
FONE/FAX: 3423.4466

NOME: Gabriel Santos Oliveira

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO: Almir

CONVÊNIO: adventista

DATA DA ENTRADA: 30/08

HORA DA ENTRADA: 12:16

HORA DA SAÍDA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

Retirada de pontos!

material: 20U de gaze + 100ml de SF0,9% + 10ml de degerm tópico + 02 pares de luva de procedimento + 01 lâmina bistur: 11 + 20 cm de micropore.

Ariadne Kaminski
Técnica de Enfermagem
COREN/PR 718446

HORÁRIOS (CHECAR E ASSINAR)

12:23

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

12:16 Paciente deu entrada na unidade para retirada de pontos em punho. Avaliado e após, realizado retirada com pouca presença. Após liberado com alta + orientações.

Ariadne Kaminski
Técnica de Enfermagem
COREN/PR 718446

Dr. Almir Lima Cordeiro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PROCEDIMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
SORO FISIOLOGICO 9% 1000ML		EQUIPO P/ SORO	
SORO FISIOLOGICO 9% 500ML		JELCO T PLUS Nº	
SORO FISIOLOGICO 9%		INFULSOR MULTIPLO	
SORO GLICOSADO 5% 1000ML		SCALP Nº	
SORO GLICOSADO 5% 500ML		COMPRESSA DE GAZE 10X10 CM	
SORO GLICOSADO 5%		SERINGA 5 ML	
BUSCOPAM COMPOSTO (AMP)		SERINGA 10 ML	
PLASIL (AMP)		SERINGA 20 ML	
DIPIRONA (AMP)		SERINGA	
PROFENID (FRC)		AGULHA 25 X 7	
VOLTAREM 75 MG (AMP)		AGULHA 40 X 12	
SOLU-CORTEF 500 MG (FRC)		AGULHA	
AAS (ADI) (INF)		CATETER NASAL	
DIMORF (AMP)		LUVA ESTERIL Nº	
AMINOFILINA (AMP)		LUVA PROCEDIMENTO	
ISORDIL (CPRS)		LAMINA DE BISTURI Nº	
AGUA DESTILADA 10 ML (AMP)		MICROPORE	
FENERGAN (AMP)		SONDA	
NIFEDIPRESS 20 MG (CPRS)			
LISADOR (AMP)			
DIAZEPAN 10 MG (AMP)			
ANTAK (AMP)			
COMPLEXO B (AMP)			
VITAMINA C (AMP)			
DIOLANTINA (AMP)			
GENTANICINA (AMP)		**APARELHO GESSADO**	**QUANT.**
LASIX (AMP)		ATADURA GESSADA 10 CM	
FUROSEMIDE 40 MG (CPRS)		ATADURA GESSADA 15 CM	
GLICOSE 25% (AMP)		ATADURA GESSADA 20 CM	
GLICOSE 50% (AMP)		ALGODAO ORTOPEDICO 10 CM	
PROFENID 100 MG (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 15 CM	
RANITIDINA (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 20 CM	
DECADRON (AMP)		ATADURA CREPON 5 CM	
KCL 19,1% (AMP)		ATADURA CREPON 10 CM	
NACL (AMP)		ATADURA CREPON 15 CM	
GLUCONATO DE CALCIO (AMP)		ATADURA CREPON 20 CM	
FLEET ENEMA (FRC)		FAIXA DE SMARCH - P. MT	
PLAMET (AMP)		MALHA TUBULAR P. MT	
INSULINA UI			
DEXAMETASONA (AMP)			
CAPTOPRIL 25 MG (CPRS)			
CAPOTEM 25 MG (CPRS)		**OXIGÊNIO**	**HORA**
ATENSINA (CPRS)		INICIO	
CETOPROFENO (AMP)		TERMINO	
ANESTÉSICOS	**QUANT.**	**TAXAS**	**USO**
XYLOCAINA 2%		TAXA DE CURATIVO (P) (M) (G)	
LIDOCAINA 2% SN		INALAÇÃO C/ AR COMPRIM P/ HORA	
KETALAR P/ML		T. COMPACTA SALA INALAÇÃO	
XYLESTESIN 2%		CRIO CAUTERIO	
		T. SALA DE PROC. AMBULATOR	
		T. Sala de Coloc./Retir. de Gesso	
		T. Sala Observ. ate 6 horas	
		T. Comp. Sala Sessão Inalação	
		Aluguel/Taxa Serra Gesso: por Uso	
SOLUÇÕES	**QUANT.**	**FIOS**	**QUANT.**
P.V.P.I. TOPICO		FIO MONONYLON Nº	
P.V.P.I. DEGERMANTE		FIO CATGUT CROMADO Nº	
		FIO CATGUT SIMPLES Nº	

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	0918405-21

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO	3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R$)	16 - Valor Total (R$)
	17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1-	4	30/09/2021			18	4010029	1,00	036	0,00	12,12	12,12
	20 - Descrição	TAXA PARA CURATIVOS MEDIOS									
2-	2	30/09/2021			05	90222377	1,00	013	0,00	6,65	6,65
		SOL. CLOR. SODIO. 0,9% 100ML (EUROFARMA)									
3-	3	30/09/2021			05	70176027	2,00	043	0,00	5,78	11,56
		GAZE ESTÉRIL 11 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM - PCT 10 UN. - PC.									
4-	3	30/09/2021			05	70361010	1,00	036	0,00	2,75	2,75
		LAMINA BISTURI - NR.11 ESTERIL									
5-	3	30/09/2021			05	0000044542	2,00	048	0,00	3,10	6,20
		LUVAS PROCEDIMENTO PAR. (PP, P, M E G) DESCARPACK									
6-	3	30/09/2021			05	0000019651	20,00	038	0,00	0,05	1,03
		MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M									
7-											
8-											
9-											
10-											

21 - Total de Gases Medicinais R$	22 - Total de Medicamentos R$	23 - Total de Materiais R$	24 - Total de OPME R$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R$	26 - Total de Diárias R$	27 - Total Geral R$
0,00	6,65	21,54	0,00	12,12	0,00	40,31

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1187991-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0917170-21	23/09/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		GABRIEL DANTAS OLIVEIRA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALMIR JOSE CORDEIRO	CRM	12368	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|U|		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
23/09/2021	14:04	14:04	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
23/09/2021	14:04		22	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM	1	1	C	1,00	56,50	56,50

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série / 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/____ _____
2. __/__/____ _____
3. __/__/____ _____
4. __/__/____ _____
5. __/__/____ _____
6. __/__/____ _____
7. __/__/____ _____
8. __/__/____ _____
9. __/__/____ _____
10. __/__/____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
_____.__	44,62	64,55	_____.__	9,73	0,00	253,40

Clínica Médica São Paulo Ltda
CNPJ: 76.019.231/0001-09

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

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

2 - Nº Guia no prestador
00000000000917170-21

Atend. 0917170-21

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal: 0917170-21

4 - Data da Autorização: 23/09/2021

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 0917170-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo: GABRIEL DANTAS OLEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado: CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante: ALMIR JOSE CORDEIRO

16 - Conselho Profissional: CRM

17 - Número no Conselho: 12368

18 - UF: PR

19 - Código CBO S: 225125

Dr. Almir José Cordeiro
CRM-PR 12368

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento: |2|

22 - Data da Solicitação: 23/09/2021 14:04:28

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado: CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES: 3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: |U|

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada): |1|

34 - Tipo de Consulta: |0|

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento: |12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitario (R$)	47 - Valor Total (R$)
23/09/2021	14:04		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/____ 2. __/__/____ 3. __/__/____ 4. __/__/____ 5. __/__/____ 6. __/__/____ 7. __/__/____ 8. __/__/____ 9. __/__/____ 10. __/__/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

Vanderlei J. Pinheiro

68 - Assinatura do Contratado

CLÍNICA SÃO PAULO
FONE/FAX: 3423.4466

NOME: Gabril Dantas Oliveira

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO: Sutura

MÉDICO: Almir

CONVÊNIO: Adventista

DATA DA ENTRADA: 23/09

HORA DA ENTRADA: 15:00

HORA DA SAÍDA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

Pte deu entrada no P.S. com ferimento corto-contuso no queixo
Realizado sutura

Medicado
Dx S.T 100mg
Dx Ofullo Min 1/2
Dx Ofullo Ex 4,5
Dx Soro fis 5 ml
Dx prot Hidrocorisona
Dx Nistatina
Dx Ketoprofeno
Dx Ketoprofeno
Dx BD, curativo etc
Dx Cirurgia geral

HORÁRIOS (CHECAR E ASSINAR)

14:20

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Acompanhado, orientado, tranquilo, sem queixas, deambulando trazido pelo pai negando ferimento queixa, avaliado pelo Dr Almir, encaminhado para procedimento realizado anestesia infiltrativa, antisepsia, sutura e curativo pelo Dr Almir após foi liberado com alta

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Dr. Almir José Cordeiro
CRM-PR. 12368

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PROCEDIMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
SORO FISIOLOGICO 9% 1000ML		EQUIPO P/ SORO	
SORO FISIOLÓGICO 9% 500ML		JELCO T PLUS Nº	
SORO FISIOLÓGICO 9%		INFUSOR MULTIPLO	
SORO GLICOSADO 5% 1000ML		SCALP Nº	
SORO GLICOSADO 5% 500ML		COMPRESSA DE GAZE 10X10 CM	
SORO GLICOSADO 5%		SERINGA 5 ML	
BUSCOPAM COMPOSTO (AMP)		SERINGA 10 ML	
PLASIL (AMP)		SERINGA 20 ML	
DIPIRONA (AMP)		SERINGA	
CETOPROFENO (FRC)		AGULHA 25 X 7	
VOLTAREM 75 MG (AMP)		AGULHA 40 X 12	
SOLU-CORTEF 500 MG (FRC)		AGULHA	
AAS (AD) (INF)		CATETER NASAL	
DIMORF (AMP)		LUVA ESTERIL Nº	
AMINOFILINA (AMP)		LUVA PROCEDIMENTO	
ISORDIL (CPRS)		LAMINA DE BISTURI Nº	
AGUA DESTILADA 10 ML (AMP)		MICROPORE	
FENERGAN (AMP)		SONDA	
NIFEDIPRESS 20 MG (CPRS)			
LISADOR (AMP)			
DIAZEPAN 10 MG (AMP)			
ANTAK (AMP)			
COMPLEXO B (AMP)			
VITAMINA C (AMP)			
DIPIRANTINA (AMP)			
GENTANICINA (AMP)		**APARELHO GESSADO**	**QUANT.**
LASIX (AMP)		ATADURA GESSADA 10 CM	
FUROSEMIDE 40 MG (CPRS)		ATADURA GESSADA 15 CM	
GLICOSE 25% (AMP)		ATADURA GESSADA 20 CM	
GLICOSE 50% (AMP)		ALGODÃO ORTOPÉDICO 10 CM	
FERGEFEN 100 MG (AMP)		ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 CM	
RANITIDINA (AMP)		ALGODÃO ORTOPÉDICO 20 CM	
DECADRON (AMP)		ATADURA CREPON 5 CM	
KCL 19,1% (AMP)		ATADURA CREPON 10 CM	
NACL (AMP)		ATADURA CREPON 15 CM	
GLUCONATO DE CALCIO (AMP)		ATADURA CREPON 20 CM	
FLEET ENEMA (FRC)		FAIXA DE SMARCH - P/ MT	
PLAMET (AMP)		MALHA TUBULAR P/ MT	
INSULINA UI			
DEXAMETASONA (AMP)			
CAPTOPRIL 25 MG (CPRS)		**OXIGÊNIO**	**HORA**
CAPOTEM 25 MG (CPRS)		INICIO	
ATENSINA (CPRS)		TERMINO	
CETOPROFENO (AMP)			
ANESTÉSICOS	**QUANT.**	**TAXAS**	**USO**
XYLOCAINA 2%		TAXA DE CURATIVO (P) (M) (G)	
LIDOCAINA 2% SN		INALAÇÃO C/ AR COMPRIM P/ HORA	
KETALAR P/ML		T. COMPACTA SALA INALAÇÃO	
XYLESTESIN 2%		CRIO CAUTERIO	
		T. SALA DE PROC. AMBULATOR.	
		T. Sala de Coloc./Retir. de Gesso	
		T. Sala Observ. até 6 horas	
		T. Comp. Sala Sessão Inalação	
		Aluguel/Taxa Serra Gesso. por Uso	
SOLUÇÕES	**QUANT.**	**FIOS**	**QUANT.**
PVPI TOPICO		FIO MONONYLON Nº	
PVPI DEGERMANTE		FIO CATGUT CROMADO Nº	
		FIO CATGUT SIMPLES Nº	

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	0917170-21

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO	3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R$)	16 - Valor Total (R$)
17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1-	4	23/09/2021			18	60023384	1,00	036	0,00	44,62	44,62
20 - Descrição						TAXA POR USOSESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL					
2-	2	23/09/2021			05	90222377	1,00	013	0,00	6,65	6,65
						SOL. CLOR. SODIO. 0,9% 100ML (EUROFARMA)					
3-	2	23/09/2021			05	90257600	1,00	036	0,00	3,08	3,08
						XYLESTESIN 2% S/V 50 AMPS. 5 ML					
4-	3	23/09/2021			05	70014221	1,00	036	0,00	1,26	1,26
						AGULHA HIPODERMICA 13 X 4,5 BD					
5-	3	23/09/2021			05	70014370	2,00	036	0,00	1,26	2,52
						AGULHA HIPODERMICA 40 X 12- BD					
6-	3	23/09/2021			05	70176027	2,00	043	0,00	5,78	11,56
						GAZE ESTÉRIL 11 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM - PCT 10 UN. - PC.					
7-	3	23/09/2021			05	0000056428	1,00	048	0,00	7,00	7,00
						LUVA CIRÚRGICA 7,0 ESTÉRIL SEM PÓ TEXTURIZADA PAR - ANSELL - UN.					
8-	3	23/09/2021			05	0000019651	10,00	038	0,00	0,05	0,52
						MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M					
9-	3	23/09/2021			05	70260230	1,00	036	0,00	39,61	39,61
						MONONYLON*PT 6-0 45 1A.E-16 (CX. C/24)					
10-	3	23/09/2021			05	70705313	1,00	036	0,00	2,08	2,08
						SERINGA 5 ML LUER LOK BD					

21 - Total de Gases Medicinais R$	22 - Total de Medicamentos R$	23 - Total de Materiais R$	24 - Total de OPME R$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R$	26 - Total de Diárias R$	27 - Total Geral R$
0,00	9,73	64,55	0,00	44,62	0,00	118,90

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Dantas Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.21.3795
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 30/08/2017 **Nº da Guia:** 3903

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2021	13:48:00	Playground (**Ex.: parquinho**)	brincando no parquinho

O que aconteceu

O aluno caiu e teve um pequeno corte no queixo.

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno estava no parquinho e caiu, tropeçou no próprio tênis.

Testemunha da ocorrência

Marcilene Nunes Cordeiro

Telefone

(41) 98537-3624

Quem prestou primeiros socorros

Professora Marcilene

Data

23/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido pela professora que o acompanhava.

Ass.:

Rafaella Aceti de Ávila

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Martins de Oliveira Principe
Nº da Carteirinha: 2.21.3555
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 09/11/2004 **Nº da Guia:** 3780

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2021	14:26:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

Olho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando vôlei e bateu com o nariz/olho na cabeça de um colega, o local do acidente está avermelhado e doendo bastante.

Testemunha da ocorrência

Professor Sanderson

Telefone

(41) 98417-5655

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Eduardo

Data

09/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor e está reclamando de dor de cabeça.

Ass.:

Rafaella Aceti de Avila
Secretaria - ATO nº 01/2021

Rafaella Aceti de Ávila

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1192514-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0914895-21	09/09/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RAFAEL GOMES MICHELS	CRM	22652	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|U|		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
09/09/2021	14:57	14:57	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
09/09/2021	14:57	14:57	22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1	C	1,00	39,19	39,19

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série / 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. __/__/____ _____
2. __/__/____ _____
3. __/__/____ _____
4. __/__/____ _____
5. __/__/____ _____
6. __/__/____ _____
7. __/__/____ _____
8. __/__/____ _____
9. __/__/____ _____
10. __/__/____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
_____,____	0,00	0,00	_____,____	0,00	0,00	117,19

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

Clínica Médica São Paulo Ltda.
CNPJ: 76.019.231/0001-09

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

2 - Nº Guia no prestador
000000000000914895-21

Atend. 0914895-21

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal: 0914895-21

4 - Data da Autorização: 09/09/2021

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 0914895-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo: HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado: CLINICA MEDICA SAO PAULO

Dr. Rafael Gomes Michels
CRM-PR 22652

15 - Nome do Profissional Solicitante: RAFAEL GOMES MICHELS

16 - Conselho Profissional: CRM

17 - Número no Conselho: 22652

18 - UF: PR

19 - Código CBO S: 225125

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento: |2|

22 - Data da Solicitação: 09/09/2021 14:57:12

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado: CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES: 3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: |U|

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada): |1|

34 - Tipo de Consulta: |0|

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento: |12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
09/09/2021	14:57		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. __/__/____
2. __/__/____
3. __/__/____
4. __/__/____
5. __/__/____
6. __/__/____
7. __/__/____
8. __/__/____
9. __/__/____
10. __/__/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

Clínica Médica São Paulo Ltda

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0914895-21

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
		/ /		/ /	00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
123		HENRIQUE MARTINS DE OLIVEIRA PRINCIPE		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
RAFAEL GOMES MICHELS	CRM	22652	PR	225125

Dr. Rafael Gomes Michels
CRM-PR 22652

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
||	09/09/2021 14:57:12	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|05|	|9|	||	|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1.	__/__/____	___:___	___:___									
2.	__/__/____	___:___	___:___									
3.	__/__/____	___:___	___:___									
4.	__/__/____	___:___	___:___									
5.	__/__/____	___:___	___:___									

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1. __/__/____ _____
2. __/__/____ _____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
3. __/__/____ _____
4. __/__/____ _____
5. __/__/____ _____
6. __/__/____ _____
7. __/__/____ _____
8. __/__/____ _____
9. __/__/____ _____
10. __/__/____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Marina Miola Bohling
Nº da Carteirinha: 2.21.3067
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 18/02/2011 **Nº da Guia:** 4152

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2021	16:53:00	Pátio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
No intervalo a aluna escorregou e caiu sobre a mão direita causando uma torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo (monitor)	(41) 99151-0711

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eduardo	18/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações
A aluna foi atendida por nossos monitores e encaminhada para a clinica são Paulo., Foi avisado o pai sobre o ocorrido.

Ass.: _____
Rafaella Aceti de Ávila

Colégio Adventista Paranaguá
Fone: (41) 3427- 8200
CNPJ 76.726.884/0026-86
Rua Manoel Correia, 830
Costeira Paranaguá- PR
CEP 83.203 – 410
Ed. Infantil, Ens. Fundamental e Médio

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1192251-21

Atend. 0000000-00

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0920862-21	18/10/2021			00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2213067		MARINA MIOLA BOHLING		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
BRASIL VIANNA NETO	CRM	6722	PR	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|U|		dor em 1o dedo de mao d apos queda mobilidade preservada passivamente

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|2|	2	|5|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
18/10/2021	17:22	17:22	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
18/10/2021	17:22		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C	1,00	10,50	10,50
18/10/2021	17:22		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1	C	1,00	36,90	36,90

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
2	12	320.844.719-15	BRASIL VIANNA NETO	CRM	6722	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série — 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. ___/___/____ _____
2. ___/___/____ _____
3. ___/___/____ _____
4. ___/___/____ _____
5. ___/___/____ _____
6. ___/___/____ _____
7. ___/___/____ _____
8. ___/___/____ _____
9. ___/___/____ _____
10. ___/___/____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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$)
_____.____	44,62	11,34	_____.____	0,00	0,00	181,36

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

Clínica Médica São Paulo Ltda.
CNPJ: 73.0[illegible]31/0001-09

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000000920862-21

Atend. 0920862-21

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	0920862-21	18/10/2021			0920862-21

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2213067		MARINA MIOLA BOHLING		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
BRASIL VIANNA NETO	CRM	6722	PR	225125

Dr. Brasil Vianna Neto
Médico
CRM - PR 6722

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|2|	18/10/2021 17:22:27	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|U|	|1|	|0|	|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
18/10/2021	17:22		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 -Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
1. ___/___/____
2. ___/___/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
3. ___/___/____
4. ___/___/____
5. ___/___/____
6. ___/___/____
7. ___/___/____
8. ___/___/____
9. ___/___/____
10. ___/___/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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
Sandra Pedrozo

68 - Assinatura do Contratado

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

Manoel Correia , 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0920862-21

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
		/ /		/ /	00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2213067		MARINA MIOLA BOHLING		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
BRASIL VIANNA NETO	CRM	6722	PR	225125

Dr. Brasil Vianna Neto
Médico
CRM - PR 6722

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
|_|	18/10/2021 17:22:27	dor em 1o dedo de mao d apos queda mobilidade preservada passivamente

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solict.	28 - Qtde. Aut.
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
|05|	|9|	|_|	|12|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1.	__/__/__	__:__	__:__									
2.	__/__/__	__:__	__:__									
3.	__/__/__	__:__	__:__									
4.	__/__/__	__:__	__:__									
5.	__/__/__	__:__	__:__									

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			
|_|_|	|_|_|			|_|_|			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável								
1. __/__/__		3. __/__/__		5. __/__/__		7. __/__/__		9. __/__/__	
2. __/__/__		4. __/__/__		6. __/__/__		8. __/__/__		10. __/__/__	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (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

CLÍNICA SÃO PAULO
FONE/FAX: 3423-4466

NOME: Maria Nola

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO: Trauma

MÉDICO: Brasil

CONVÊNIO: Adventista

DATA DA ENTRADA: 18-10-21

HORA DA ENTRADA: 17h30

HORA DA SAÍDA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

1º
(imobilização
clínica
lipo

BRASIL VIANNA NETO
CRM/PR. 6722
MÉDICO

utilizado

01 atadura crepe
01 atadura crep N15
02 Cm esparadrapo

Téc. Enf. Josiele R. Veiga
COREN: 1063419

HORÁRIOS (CHECAR E ASSINAR)

17h30h

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Lucida, orientada
corada, fala, com
nicotina, deambulando
ansiado pela mãe
sem sinais para
dor, procedimento
realizado imobilização
realizado imobilização
CPM após liberado
com alta

Téc. Enf. Josiele R. Veiga
COREN: 1063419

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Trauma

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PROCEDIMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
SORO FISIOLOGICO 9% 1000ML		EQUIPO P/ SORO	
SORO FISIOLOGICO 9% 500ML		JELCO T PLUS Nº	
SORO FISIOLOGICO 9%		INFULSOR MULTIPLO	
SORO GLICOSADO 5% 1000ML		SCALP Nº	
SORO GLICOSADO 5% 500ML		COMPRESSA DE GAZE 10X10 CM	
SORO GLICOSADO 5%		SERINGA 5 ML	
BUSCOPAM COMPOSTO (AMP)		SERINGA 10 ML	
PLASIL (AMP)		SERINGA 20 ML	
DIPIRONA (AMP)		SERINGA	
PROFENID (FRC)		AGULHA 25 X 7	
VOLTAREM 75 MG (AMP)		AGULHA 40 X 12	
SOLU-CORTEF 500 MG (FRC)		AGULHA	
GAS (ADI) (INF)		CATETER NASAL	
DIMORF (AMP)		LUVA ESTERIL Nº	
AMINOFILINA (AMP)		LUVA PROCEDIMENTO	
ISORDIL (CPRS)		LAMINA DE BISTURI Nº	
AGUA DESTILADA 10 ML (AMP)		MICROPORE	
FENERGAN (AMP)		SONDA	
NIFEDIPRESS 20 MG (CPRS)			
LISADOR (AMP)			
DIAZEPAN 10 MG (AMP)			
ANTAK (AMP)			
COMPLEXO B (AMP)			
VITAMINA C (AMP)			
DIOLANTINA (AMP)			
GENTANICINA (AMP)		**APARELHO GESSADO**	**QUANT.**
LASIX (AMP)		ATADURA GESSADA 10 CM	
FUROSEMIDE 40 MG (CPRS)		ATADURA GESSADA 15 CM	
GLICOSE 25% (AMP)		ATADURA GESSADA 20 CM	
GLICOSE 50% (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 10 CM	
PROFENID 100 MG (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 15 CM	
RANITIDINA (AMP)		ALGODÃO ORTOPEDICO 20 CM	
DECADRON (AMP)		ATADURA CREPON 5 CM	
KCL 19.1% (AMP)		ATADURA CREPON 10 CM	
NACL (AMP)		ATADURA CREPON 15 CM	
GLUCONATO DE CALCIO (AMP)		ATADURA CREPON 20 CM	
FLEET ENEMA (FRC)		FAIXA DE SMARCH - P/ MT	
PLAMET (AMP)		MALHA TUBULAR P/ MT	
INSULINA UI			
DEXAMETASONA (AMP)			
CAPTOPRIL 25 MG (CPRS)			
CAPOTEM 25 MG (CPRS)		**OXIGÊNIO**	**HORA**
ATENSINA (CPRS)		INICIO	
CETOPROFENO (AMP)		TERMINO	
ANESTESICOS	**QUANT.**	**TAXAS**	**USO**
XYLOCAINA 2%		TAXA DE CURATIVO (P) (M) (G)	
LIDOCAINA 2% SN		INALAÇÃO C/ AR COMPRIM P/ HORA	
KETALAR P/ML		T. COMPACTA SALA INALAÇÃO	
XYLESTESIN 2%		CRIO CAUTERIO	
		T. SALA DE PROC. AMBULATOR	
		T. Sala de Coloc./Retir. de Gesso	
		T. Sala Observ. ate 6 horas	
		T. Comp. Sala Sessão Inalação	
		Aluguel/Taxa Serra Gesso, por Uso	
SOLUÇÕES	**QUANT.**	**FIOS**	**QUANT.**
P.V.P.I. TOPICO		FIO MONONYLON Nº	
P.V.P.I. DEGERMANTE		FIO CATGUT CROMADO Nº	
		FIO CATGUT SIMPLES Nº	

MANOELE CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número Guia Referenciada
	0920862-21

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76019231000109	CLINICA MEDICA SAO PAULO	3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R$)	16 - Valor Total (R$)
	17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1-	4	18/10/2021			18	60023384	1,00	036	0,00	44,62	44,62
	20 - Descrição	TAXA POR USOSESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL									
2-	3	18/10/2021			05	70034362	1,00	036	0,00	6,06	6,06
		ATADURA CREPOM CYSNE 10 CM X 1,8 M (EM REPOUSO) - PCT 12 UN. - PC.									
3-	3	18/10/2021			05	70034397	1,00	036	0,00	4,76	4,76
		ATADURA CREPOM CYSNE 15 CM X 1,25 M (EM REPOUSO) - PCT 12 UN. - PC									
4-	3	18/10/2021			05	0000019651	10,00	038	0,00	0,05	0,52
		MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M									
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											

21 - Total de Gases Medicinais R$	22 - Total de Medicamentos R$	23 - Total de Materiais R$	24 - Total de OPME R$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R$	26 - Total de Diárias R$	27 - Total Geral R$
0,00	0,00	11,34	0,00	44,62	0,00	55,96