

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

RPS nº. 282059, Série: U, emitido em 10/01/2018, conversão em 10/01/2018

Número da Nota

280590

Data e Hora de Emissão

10/01/2018 00:00:00

Código de Verificação

MT7NC204

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

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 395,76

10 JAN. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$395,76**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	395,76	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

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

Remessa: 98601 Competência: 01/2018 Entrega: 10/01/2018
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal



Período									
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira		Valor	
27/11/2017	27/11/2017	2223374000		1187299	2223374	BRUNO VINICIUS KRUGER DE	7394	44,21	
23/11/2017	23/11/2017	2219066000		1184956	2219066	GUSTAVO HENRIQUE DE FREI	0000000000000000	117,30	
23/11/2017	23/11/2017	2219137000		1185012	2219137	KIMBERLY RAYANNE DOS SAN	0000000000	44,62	
22/11/2017	22/11/2017	2217810000		1185313	2217810	LEONARDO LEMES PEDROZO	0000000000	37,86	
18/12/2017	18/12/2017	2248019000		1199075	2248019	LEONARDO LEMES PEDROZO	00000000000000000000	37,97	
27/11/2017	27/11/2017	2223077000		1187086	2223077	LEONARDO LEMES PEDROZO	00000000000000000000	37,86	
01/12/2017	01/12/2017	2229025000		1189700	2229025	LUCAS GABRIEL LUZ DE LIMA	000000000000000000	37,97	
29/11/2017	29/11/2017	2225787000		1188280	2225787	MATEUS HENRIQUE ROSSI RIE	00000000000000000000	37,97	
Total : 8								395,76	
Total Geral : 8								395,76	



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2223374000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/11/2017		5 - Senha 2223374000	
6 - Data de Validade da Senha 2223374000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2223374000	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 7394	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome BRUNO VINICIUS KRUGER DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante NILTON KIESEL FILHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 8961	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/11/2017	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 27/11/2017 19:43 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.21 44.21			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.21		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 44.21		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 22233740000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2223374		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 27/11/2017		5 - Senha 2223374		6 - Data de Validade da Senha 2223374			
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 7394		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome BRUNO VINICIUS KRUGER DE SOUZA			
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante NILTON KIESEL FILHO			
16 - Número do Profissional 17 - Conselho Profissional 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante		6 8961 41 225124					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Carteira do Atendimento 22 - Data da Solicitação		2 27/11/2017		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		2 27/11/2017		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado / Executante							
29 - Nome do Contratado 30 - Nome do Contratado		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento							
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		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 27/11/2017 19:43 22 40601020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Aor 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		001 1.0 44.21 44.21	
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 da Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.21		60 - Total de Taxis e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 44.21			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
				68 - Assinatura do Contratado			

EMERGÊNCIA

ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
CPF: 76.591.569/0001-30

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome		13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Código na Operadora		21 - Nome do Contratado		22 - Nome do Profissional Solicitante		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Data da Solicitação		27 - Data da Solicitação		28 - Data da Solicitação		29 - Data da Solicitação		30 - Data da Solicitação		31 - Data da Solicitação	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Nome do Contratado		37 - Nome do Contratado	
38 - Hora Inicial		39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Fator Red.Acresc.		45 - Fator Red.Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicamentos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 49110 Pedido: 672613

Paciente: **BRUNO VINICIUS KRUGER DE SOUZA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: NILTON KIESEL FILHO

Data Pedido: 27/11/2017

Data Laudo: 29/11/2017

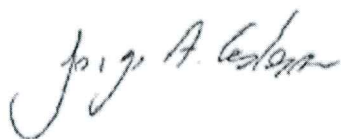
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Bruno Vinícius K. de Souza		Nº DA MATRÍCULA: 7394	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colégio Adventista do Paraná		TELEFONE: 30518680	
ENDEREÇO: Rua Frei Gaspar da Madre de Deus, 707 - Portas		CIDADE: Curitiba	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 27/11/17	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHOS ☐ 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: ± 14h40			
LOCAL ONDE OCORREU: Quadra de esporte			

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

O Bruno estava jogando, se chocou com um colega e caiu batendo a cabeça no piso da quadra. Inicialmente teve dor local e formou um "gelo". Colocado gelo. Porém, posteriormente começou a se queixar de dor de cabeça em sua frente, então, acionamos a família para investigação médica!!

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Professores Everton de Educação Física.

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

O monitor André Colocando gelo!!

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 Júlia da Costa, 1447 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9570

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 2219066000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2219066000	
4 - Data de Autenticação 23/11/2017		5 - Senha 2219066000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		10 - Nome GUSTAVO HENRIQUE DE FREITAS PORTES		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2017			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DAMBROS		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 37127		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/11/2017	
23 - Tipo Atendimento 05		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 33 - Tipo de Consulta 2		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 23/11/2017 15:02 22 40803090 RX - COTOVELO		2 23/11/2017 15:02 22 40803104 RX - ANTEBRACO		3 23/11/2017 15:02 22 40803112 RX - FUNHO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 117.30	
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 117.30		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	

641253 2219066

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2219066	5 - Senha 2219066	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2219066	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 23/11/2017	6 - Data de Validade da Senha 2219066	10 - Nome GUSTAVO HENRIQUE DE FREITAS PORTES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2017			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DAMBROS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37127	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/11/2017	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
EMERGÊNCIA				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 23/11/2017 15:02 22 40803090	RX - COTOVELO			
2 23/11/2017 15:02 22 40803104	RX - ANTEBRACO			
3 23/11/2017 15:02 22 40803112	RX - FUNHO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001	1.0	37.86	37.86	
001	1.0	39.35	39.35	
001	1.0	40.09	40.09	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (RS) 117.30	60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS) 0.00	61 - Total de Materiais (RS) 0.00	62 - Total de OPME (RS) 0.00	63 - Total de Medicamentos (RS) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (RS) 0.00	65 - Total Geral (RS) 117.30	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

Z - Nº Guia no Protocolo

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome		13 - Nome do Beneficiário		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Qtd. Solic.		26 - Qtd. Aut.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red/Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - JUF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Médico		71 - Assinatura do Enfermeiro	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 314673 Pedido: 671253

Paciente: **GUSTAVO HENRIQUE DE FREITAS**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LEONARDO DAMBROS

Data Pedido: 23/11/2017

Data Laudo: 27/11/2017

RADIOGRAFIA DE PUNHO, ANTEBRAÇO E COTOVELO DIREITO

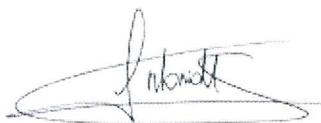
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura diafisária do rádio distal.

Espaços articulares mantidos.

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



Dr. MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Gustavo Henrique de Freitas P. Cunha</u>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colégio Adventista Paraná</u>		TELEFONE: <u>3051-8680</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Gaspar M. de Deus, 707</u>		CIDADE: <u>CTBA</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>23/11/17</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☒ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☒ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>9h</u>	LOCAL ONDE OCORREU: <u>Quadra</u>		

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

O aluno estava no gol, foi defender a bola e a mesma bateu no pulso

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

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

ESTE FOLHETO DEVE SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2219137000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2219137000	
4 - Data de Autorização 23/11/2017		5 - Senha 2219137000		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS ALBERTO DA SILVA		16 - Conselho Profissional 6		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
17 - Número no Conselho 14170		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Tipo Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/11/2017		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
				27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
				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 23/11/2017 16:00 16:00 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.62 44.62					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /		3 - / /		5 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /	
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.62		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		63 - Total de OPME (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 44.62		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				68 - Assinatura do Contratado	

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

2 - Nº Guia no Prestador 2219137000000

Folha: 1 / 1

2219137 0418244

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2219137	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2219137	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 23/11/2017	5 - Senha 2219137	10 - Nome KIMBERLY RAYANNE DOS SANTOS CANDIDO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 31/12/2017			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS ALBERTO DA SILVA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 14170	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/11/2017	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código ONES 15563				
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 23/11/2017 16:00 16:00	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Tég. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 44.41
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.41	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				65 - Total Geral (R\$) 44.41
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

Associação Municipal de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro
Hospital Pequeno Príncipe
CPF: 76.591.569/0001-30

ELETIVO



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Nossa missão: servir de saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador: 17182

1 - Registro ANS 0		6 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome KIMBERLY RAYANNE DOS SANTOS CANDIDO	
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA		9 - Validade da Carteira		11 - Cartão Nacional de Saúde N	
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		12 - Atendimento a RN	
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS ALBERTO DA SILVA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 14170	
21 - Caracter Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/11/2017		18 - UF 41	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		19 - Código CBO 225124	
25 - Código do Procedimento 408C1098		26 - Descrição RX - Ossos da face		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos Alberto da Silva	
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		27 - Qtd. Solic. 1	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)		28 - Qtd. Aut.	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		29 - Qtd. Solic.	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fat. Red/Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Nome do Profissional	
51 - Nome do Profissional		52 - Cons. 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 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)		61 - Total 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	

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 23/11/2017 15:53:23

Atendimento: 2219119

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE



2219119

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Sessão		6 - Data de Validade da Sessão		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RU	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Nome do Contratado		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPE		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado	

R+ de 0005 J fev

f. Rosana dos Santos

Centro de Imagem**Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada**

Prontuário: 422188 Pedido: 671274
Paciente: **KIMBERLY RAYANNE DOS SANTOS CANDIDO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: CARLOS ALBERTO DA SILVA

Data Pedido: 23/11/2017
Data Laudo: 30/11/2017

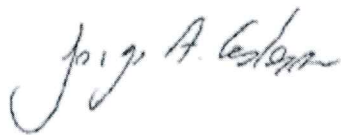
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea íntegra.

Transparência normal dos seios da face.

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



Dr. JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Kimberly Rayanne dos S. L. do Carmo</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista Santa Epigênio</i>		TELEFONE:	
ENDEREÇO: <i>Rua: Guilherme Butler 790, Barragem Curitiba</i>		CIDADE:	UF: <i>Pr</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>23/11/17</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 ☐ NATACÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>10h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadra</i>			

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

A colega bateu a cabeça no nariz da Kimberly ao levantar.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *O professor: Rogério*

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

*A Orientadora: Edna**Edna Machado*Coordenadora Pedagógica
EASE

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

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

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

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 30730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2217810000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 22/11/2017		5 - Senha 2217810000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 25/11/2017		10 - Nome LEONARDO LEMES PEDROZO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 0000000000		Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES RODRIGUES LIMA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35990	
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 22/11/2017		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130		Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 22/11/2017 20:48 20:48		40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803090 RX - COTOVELO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.86 37.86	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 37.86		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.86		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 37.86			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA

Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2217810000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 22/11/2017	5 - Senha 2217810	2217810	2217810		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira 25/11/2017	10 - Nome LEONARDO LEMES PEDROZO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES RODRIGUES LIMA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35990	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/11/2017	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563					
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 22/11/2017 20:48 20:48	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 40803090	41 - Descrição RX - COTOVELO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.86	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.86	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 37.86	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	19 - Código CBO	20 - Assinatura de Profissional Solicitante	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	31 - Código CNES
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.
43 - Seq. Ref.	44 - Grau Part.	45 - Código na Operadora/CPF	46 - Nome do Profissional	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Unitário (R\$)	49 - Valor Total (R\$)
50 - Seq. Ref.	51 - Grau Part.	52 - Código na Operadora/CPF	53 - Nome do Profissional	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Valor Total (R\$)
57 - Data de Realização de Procedimentos em Série	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização	65 - Assinatura do Contratado	66 - Total de Gases Medicinais (R\$)	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Total Geral (R\$)	70 - Total Geral (R\$)

EMERGÊNCIA

Assinatura Médica: *[Assinatura]* **DR. CARLOS EDUARDO DE CARVALHO**

Assinatura do Contratado: *[Assinatura]* **DR. CARLOS EDUARDO DE CARVALHO**

Assinatura do Beneficiário ou Responsável: *[Assinatura]* **DR. CARLOS EDUARDO DE CARVALHO**

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 276206 Pedido: 670871

Paciente: LEONARDO LEMES PEDROZO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: DIOGENES RODRIGUES LIMA

Data Pedido: 22/11/2017

Data Laudo: 27/11/2017

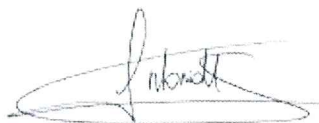
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do úmero distal.

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



Dr. MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: LEONARDO LEMES PEDROZO		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO		TELEFONE: (41)30518600	
ENDEREÇO: RUA BOM PASTOR, 606		CIDADE: Curitiba	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 22 / 11 / 2017	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: 18:00			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PÁTIO			

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

TROPEÇOU NA MOCHILA DE UM ALUNO E CAIU EM CIMA DO BRAÇO.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME: RODRIGO DE ARAUJO FRANÇA	TELEFONE: (41) 996845143
NOME:	TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

RODRIGO DE ARAUJO FRANÇA

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

22 / 11 / 2017

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

PEQUENO PRINCIPE

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 27/11/2017	5 - Senha 2223077000	10 - Nome LEONARDO LEMES PEDROZO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2017	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/11/2017	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 27/11/2017 14:39	22	40803090	RX - COTOVELO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	37.86
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Séte 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.86	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 37.86					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



ELETTIVO



HOSPITAL
Pequeno Príncipe

REQUISIÇÃO DE EXAME

☐ CINTILOGRAFIA

Nome

Idade

Sexo

Masc.

Fem.

Amb.

Particular

Emergência

Nº Registro

Convênio

SUS

Exames Requistados:

1) _____

2) RAO-X

3) COPO DO VENTRÍCULO

Precisa de Anestesia

Tratado no Leito?

Sim

Reação Prévia a Contraste Iodado

Urgente

Sim

Clinica

Clinico

Leito

Anterior

Não

Sim

No Pequeno Príncipe

RX

U.S.

Outro Serviço

T.A.C.

de deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Ctba, _____ de _____ de _____

Dr. Luiz Miller Amorim
Ortopedista - Traumatologista
CRM 28.767

Médico - CRM

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	276206	Pedido:	672487
Paciente:	LEONARDO LEMES PEDROZO		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	LUIZ MULLER AVILA	Data Pedido:	27/11/2017
		Data Laudo:	27/11/2017

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

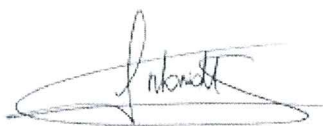
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do úmero distal, fixada por fios cirúrgicos.

Exame de controle de tratamento sob imobilização com tala gessada.

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



Dr. MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO: <i>Luenciano Lima Pedrego</i>			
ESTIPULANTE:		APÓLICE N.º	
ENDEREÇO: <i>Rua Santa Anna 94 A</i>		CIDADE: <i>Chã - PR</i>	UF: <i>-</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>22/11/2017</i>	HORAS: <i>17:00</i>	LOCAL ONDE OCORREU: <i>Medica Adventista</i>	MUNICÍPIO:
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS			
<i>Caí na escada tropecou em uma mochila e fraturou o cotovelo direito.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):			
<i>alunos e diretor Medica Adventista</i>			
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):			
<i>Diretor Medica</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
<i>a mesma data do ocorrido 22/11/2017</i>			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
<i>D^o Marcelo Kimel Zago</i>			
HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE?			
<i>nao</i>			
QUAL ?			
CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS			
OBSERVAÇÕES:			
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS.			
<i>Chã</i>	<i>27/11/2017</i>	<i>[Assinatura]</i>	
LOCAL	DATA	ASSINATURA DO SEGURADO	

Luenciano L. Pedrego



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

2 - Nº Guia no Prestador 2248019000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2248019000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2248019000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 000000000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2017	10 - Nome LEONARDO LEMES PEDROZO				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 18/12/2017	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 18/12/2017						
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					31 - Código ONES 15563
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 18/12/2017 14:13 14:13 22 40803090 RX - COTOVELO						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.97 37.97						
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\$) 37.97						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 37.97						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						





2 - N° Guia no Prestador **2248019000000**

Folha: 1 / 1

2240019 - 680381.

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
18/12/2017		2248019		2248019		2248019				N	
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome							
000000000000000000000000		31/12/2017		LEONARDO LEMES PEDROZO							
Dados do Solicitante											
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado									
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
LUIZ MULLER AVILA		6		29757		41		225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica							
1		18/12/2017									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição							
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora		30 - Assinatura do Responsável de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro									
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
05		9									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
1 18/12/2017		14:13		14:13		22		40803090		RX - COTOVELO	
55 - Valor Total											
37.97											
56 - Valor Total											
37.97											
57 - Valor Total											
37.97											
58 - Valor Total											
37.97											
59 - Valor Total											
37.97											
60 - Valor Total											
37.97											
61 - Valor Total											
37.97											
62 - Valor Total											
37.97											
63 - Valor Total											
37.97											
64 - Valor Total											
37.97											
65 - Valor Total											
37.97											
66 - Valor Total											
37.97											
67 - Valor Total											
37.97											
68 - Valor Total											
37.97											
69 - Valor Total											
37.97											
70 - Valor Total											
37.97											
71 - Valor Total											
37.97											
72 - Valor Total											
37.97											
73 - Valor Total											
37.97											
74 - Valor Total											
37.97											
75 - Valor Total											
37.97											
76 - Valor Total											
37.97											
77 - Valor Total											
37.97											
78 - Valor Total											
37.97											
79 - Valor Total											
37.97											
80 - Valor Total											
37.97											
81 - Valor Total											
37.97											
82 - Valor Total											
37.97											
83 - Valor Total											
37.97											
84 - Valor Total											
37.97											
85 - Valor Total											
37.97											
86 - Valor Total											
37.97											
87 - Valor Total											
37.97											
88 - Valor Total											
37.97											
89 - Valor Total											
37.97											
90 - Valor Total											
37.97											
91 - Valor Total											
37.97											
92 - Valor Total											
37.97											
93 - Valor Total											
37.97											
94 - Valor Total											
37.97											
95 - Valor Total											
37.97											
96 - Valor Total											
37.97											
97 - Valor Total											
37.97											
98 - Valor Total											
37.97											
99 - Valor Total											
37.97											
100 - Valor Total											
37.97											

Impresso por: MARCOS.ZENZELUK

Data/Hora: 18/12/2017 14:14:21

Conta/Lote: 1199075

Atendimento: 2248019

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



HOSPITAL
Pequeno PRÍNCIPE

REQUISIÇÃO DE EXAME

15 05 08

☐ CENTRO DE IMAGEM

☐ CINTILOGRAFIA

Nome

LEONARDO

Idade

Sexo

Masc.

Fem.

Amb.

Particular

Convênio

SUS

☐ Precisa de Anestesia

☐ Radiografia no Leito?

☐ Sim

☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

☐ Urgente

☐ Sim

Assunto Clínico

Fratura

Costela

Exame anterior

☐ Não

☐ RX

☐ No Pequeno Príncipe

☐ U.S

☐ T.A.C

☐ Outro Serviço

Exame do Exame deverá acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Ctba, _____ de _____

Dr. Luiz Roberto
Ortopedista e Traumatologista

Médico - CRM

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 276206 Pedido: 680381

Paciente: LEONARDO LEMES PEDROZO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 18/12/2017

Data Laudo: 18/12/2017

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do úmero distal, fixada por fios cirúrgicos.

Exame de controle de tratamento.

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



Dr. MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: LEONARDO LEMES PEDROZO		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO		TELEFONE: (41)30518600	
ENDEREÇO: RUA BOM PASTOR, 606		CIDADE: Curitiba	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 22 / 11 / 2017	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: 18:00			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PÁTIO			

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

TROPEÇOU NA MOCHILA DE UM ALUNO E CAIU EM CIMA DO BRAÇO.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME:
RODRIGO DE ARAUJO FRANÇA
NOME:

TELEFONE:
(41) 996845143
TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

RODRIGO DE ARAUJO FRANÇA

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

22 / 11 / 2017

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

PEQUENO PRINCEPE

76 726 884/0055-10

**INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO**

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA C.I.A.C.):

RUA BOM PASTOR, 606
ALTO BOQUEIRÃO - CEP 81720-310
CURITIBA - PR

Rodrigo de Araújo França
Administrador Escolar
ATO Nº 1.103.394/2016



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

2 - Nº Guia no Prestador 2229025000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2229025000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 01/12/2017		5 - Senha 2229025000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2017		10 - Nome LUCAS GABRIEL LUZ DE LIMA			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000							
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DAMBROS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37127	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 01/12/2017		23 - Indicação Clínica			
21 - Cardter do Atendimento 2		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130							
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 01/12/2017 16:19 16:19		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 37.97 37.97	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.97		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 37.97		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	





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

2 - Nº Guia no Prestador 2229025000000

Folha: 1 / 1

222 9025 - 644398

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2229025	6 - Data de Validade da Senha 2229025	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2229025	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 30/12/2017	10 - Nome LUCAS GABRIEL LUZ DE LIMA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DAMBROS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37127	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/12/2017	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						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição						
1 01/12/2017 16:19	22 40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	001 1.0 37.86 37.86	
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\$) 37.86						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 37.86						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CINES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1											
2											
3											
4											
5											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

+ Solicito do Santos Dorn

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 414113 Pedido: 674398
Paciente: **LUCAS GABRIEL LUZ DE LIMA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LEONARDO DAMBROS

Data Pedido: 01/12/2017
Data Laudo: 08/12/2017

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sem alteração radiográfica.

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



Dr. BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI
CRM: 19452

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clinica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO <i>Lucas Gabriel Luz de Lima</i>		Nº DA MATRÍCULA <i>4156</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO <i>Colégio Adventista Alto Boqueirão</i>		TELEFONE <i>3051-2600</i>	
ENDEREÇO <i>Rua Bom Pastor 606</i>		CIDADE <i>Curitiba</i>	UF <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA <i>01/12</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 ELASTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLEGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>trabalho</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE <i>11h40</i>			
LOCAL ONDE OCORREU <i>Portas 4</i>			

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

Voluntário de dirigir a escola e aconteceu a torção.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE

NOME TELEFONE

NOME TELEFONE

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLÍNICA)

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

NOTA: FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELA PRÓPRIA MÃO, COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO.

Alameda Júlia da Costa, 1447 - 8º andar - Curitiba - Paraná / 80750-070 - Fone: (41) 3681-9576

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

Dr. Carlos de Oliveira
CRM - 10000



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2225787000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
29/11/2017	2225787000	2225787000	2225787000	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
00000000000000000000	31/12/2017	MATEUS HENRIQUE ROSSI RIBEIRO		
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado			
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
JEFFERSON HUYER KLIPPEL	6	25836	41	225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação			
2	29/11/2017			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES
05	9			15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 29/11/2017 12:24 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /				
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
37.97	0.00	0.00	0.00	0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
0.00				
65 - Total Geral (R\$)				
37.97				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



29



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

2 - Nº Guia no Prestador 2225787000000

Folha: 1 / 1

2225484 643343

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2225787	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2225787	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2017	10 - Nome MATEUS HENRIQUE ROSSI RIBEIRO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante JEFFERSON HUYER KLIPPEL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25836	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/11/2017	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 29/11/2017 12:24 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 37.86 37.86					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 37.86					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 37.86					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

EMERGÊNCIA

Assinatura de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro
Assinatura de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro
CNPJ: 16.351.330/0001-00

SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora	
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		Dados do Profissional Solicitante		Dados do Profissional		Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		Dados do Contratado	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Leisiani Rossi

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 422910 Pedido: 673373
Paciente: **MATEUS HENRIQUE ROSSI RIBEIRO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JEFFERSON HUYER KLIPPEL

Data Pedido: 29/11/2017
Data Laudo: 03/12/2017

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA AP/O

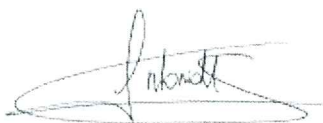
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares mantidos.

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



Dr. MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO <i>Matheus Henrique Rossi Ribeiro</i>		Nº DA MATRÍCULA	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO <i>Colegio Adventista Portão</i>		TELEFONE <i>2051-8680</i>	
ENDEREÇO <i>Rua Efigenia Madre de Deus, 707</i>		CIDADE <i>CTRA</i>	UF <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA <i>29/11/13</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 COLEGIO ☒ 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>8h</i>	LOCAL ONDE OCORRIU <i>Quilômetro</i>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS <i>Na aula de Educação Física, o aluno bateu os dedos da mão direita no braço da colega.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME		TELEFONE	
NOME		TELEFONE	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE 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