

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

RPS nº. 308797, Série: U, emitido em 18/07/2018, conversão em 18/07/2018

Número da Nota

307675

Data e Hora de Emissão

18/07/2018 09:22:43

Código de Verificação

ZXY0ZC0Z**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social:** ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO**CPF / CNPJ:** 76.591.569/0001-30**Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2**Endereço:** IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010**Município:** CURITIBA**UF:** PR**Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INSTITUICAO ADVENTISTA SULBRAS DE SAUDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0004-12**IMU:** 0655696-3**Outro Doc.:****Endereço:** JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070**Município:** Curitiba**UF:** PR**Email:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 650,00

20 JUL. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$650,00

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	650,00	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.



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

2 - Nº Guia no Prestador 2433993000000

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senna	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senna	9 - Validade da Carteira 07/06/2018	10 - Nome GUILHERME MACIEL GONCALVES DE LI		
Dados do Beneficiário					
18 - Número da Carteira 366752	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	17 - Número no Conselho 8585	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585	
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA	16 - Conselho Profissional 6	18 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2018	23 - Indicação Clínica <i>W1 SDOF</i>			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição <i>Exame de audiometria</i>	27 - Qi. Solic.	28 - Qi. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CINES 15563			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sec. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 27.00	61 - Total Materiais (R\$)	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\$) 27.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Uma Maciel</i>					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Uma Maciel</i>					
68 - Assinatura do Contratado <i>Uma Maciel</i>					
69 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
70 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
71 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
72 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
73 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
74 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
75 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
76 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
77 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
78 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
79 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
80 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
81 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
82 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
83 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
84 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
85 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
86 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
87 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
88 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
89 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
90 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
91 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
92 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
93 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
94 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
95 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
96 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
97 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
98 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
99 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
100 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
101 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
102 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
103 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
104 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
105 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
106 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
107 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
108 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
109 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
110 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
111 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
112 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
113 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
114 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
115 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
116 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
117 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
118 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
119 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
120 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
121 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
122 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
123 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
124 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
125 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
126 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
127 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
128 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
129 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
130 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
131 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
132 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
133 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
134 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
135 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
136 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
137 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
138 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
139 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
140 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
141 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
142 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
143 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
144 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
145 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
146 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
147 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
148 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
149 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
150 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
151 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
152 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
153 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
154 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
155 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
156 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
157 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
158 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
159 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
160 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
161 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
162 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
163 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
164 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
165 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
166 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
167 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
168 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
169 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
170 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
171 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
172 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
173 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
174 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
175 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
176 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
177 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
178 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
179 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
180 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
181 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
182 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
183 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
184 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
185 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
186 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
187 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
188 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
189 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
190 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
191 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
192 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
193 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
194 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
195 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
196 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
197 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
198 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
199 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					
200 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Veral. H. Barbosa</i> CRM 8585					

ACESSOPRD Data/Hora: 07/06/2018 09:18:43 Conta/Lote: 1299775 Atendimento: 2433993 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1299775

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Maciel Gonçalves de Lima



Nº da guia: 93

Data Nascimento: 27/04/2010

Nº da carteirinha: 3.6.6752

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2018	07:38:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando de pega pega na hora da entrada ,foi puxado por um colega ,caiu e bateu a cabeça,levantou um calombo.

Testemunha da ocorrência

Ana(monitora)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Ana e Francielle

Data

07/06/2018

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

Observações

Aplicamos gelo no local,estamos observando e entramos em contato com o responsável legal.

Assinatura:


Vladimir De Jesus Ferreira Machado

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 15/06/2018	10 - Nome MATHEUS DE PETRIS VOLPATO	11 - Cartão Nacional de Saúde 700404451195447
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA				
Dados do Solicitante				
13 - Código na 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 <i>Dr. Nilton Kiesel Filho</i>				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 15/06/2018	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.		
28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
31 - Tipo Atendimento 11	32 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	33 - Tipo de Consulta 54	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 13.08.18	37 - Hora Inicial 38-Hora Final 08:00-10:39	39 - Tabela	40 - Procedimento Cardi. - teste neu	41 - Descrição
42 - Qtd				
43 - Via				
44 - Tec				
45 - Fator Red./Acresc				
46 - Valor Unitário (R\$)				
47 - Valor Total (R\$) 100,00				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Total de Procedimentos em Série	60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	61 - Total Geral (R\$)
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 27.00	61 - Total de OPME (R\$) 0.00	62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
65 - Assinatura do Contratado				
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
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				
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				



1304899

ACESSOPRD Data/Hora: 15/06/2018 11:53:11

Conta/Lote: 1304899

Atendimento: 2443923

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1304899

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus de Petris Volpato

Nº da guia: 108

Nº da carteirinha: 3.30.2107

Data Nascimento: 03/03/2007

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2018	10:30:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição
Aluno entrou correndo na sala, sentiu alguém tocando nele e caiu batendo a cabeça na carteira.

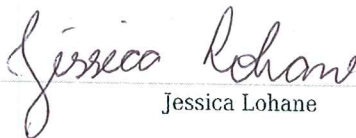
Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Fritoli	(41) 99736-9097
Eunúbia Muriele	(41) 99681-9713

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Fritoli	15/06/2018

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

Observações
Foi aplicado gelo na batida, entramos em contato com a mãe e orientamos a levá-lo ao hospital para uma verificação mais detalhada.

Assinatura:


Jessica Lohane

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data 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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	2323147	21/06/2018	BRIANNA LINDSEY DO NASCIMENTO		
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora	765915690000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante	SIMONE BORGES DA SILVEIRA	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
		6	14652	41	225124
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter. Atendim.	2	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
		21/06/2018	7784		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.		
			28 - Ql. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	765915690000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento					
31 - Tipo Atendimento	11	32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	33 - Tipo de Consulta	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	35 - Código ONES
			2		15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Valor Total (R\$)
					100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Assinatura do Profissional	57 - Assinatura do Responsável	58 - Assinatura do Responsável	59 - Assinatura do Responsável	60 - Assinatura do Responsável
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observações / Justificativa					
10: 26 - 10101039 convexto P.S.					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	30.00	61 - Total Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de Medicamentos (R\$)
63 - Assinatura do Responsável para Autorização					
64 - Assinatura do Contratado					
65 - Total Geral (R\$)					
30,00					
66 - Assinatura do Responsável para 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					
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Brianna Lindsey do Nascimento

Nº da guia: 119

Nº da carteirinha: 2.32.3147

Data Nascimento: 23/01/2006

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2018	08:21:00	Aula de campo,,,	Aula de campo,,,

O que aconteceu	Partes do corpo
Picada de inseto/ Queimadura de inseto,,,	Perna Direita

Descrição

Aluna saiu p/ aula de campo e voltou com dores e vermelhidão na perna (inchaço e coceiras),,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Lauriane,,,	(41) 3051-8600

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

Observações

Foi ligado p/ a mãe e a mesma preferiu levar a aluna no término da aula (Hospital Pequeno Príncipe),,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 2396258000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data 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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	2373117	08/05/2018	VINICIUS DA SILVA SEGOVIA		
Dados do Solicitante					
13 - Código na 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
ANDRE MARCELO OKURA	6	23173	41	225270	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
2	08/05/2018				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição			
		27 - Ql Solic.			
28 - Ql Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
31 - Tipo Atendimento	32 - Tipo de Consulta				
11	9				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
08.05.18			104039 - Consulta		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Rel.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00	27.00	0.00	0.00	0.00	27.00
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
67 - Assinatura do Contratado					
68 - Assinatura do Contratado					



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: VINICIUS DA SILVA SEGOVIA	Data Nasc: 03/03/2001	Idade: 17 Anos 2 Meses 5 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: ELZENIR APARECIDA DA SILVA	Nome Pai: MARTIN AUGUSTO DINIZ	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA ANTONIO MEIRELLES SOBRINHO	Número: 370	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: CAJURU	CEP: 82900240	UF: PR

CODIGO 0000444050**DADOS DO ATENDIMENTO**

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA	CRM: 23173	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 2373117
Data/Hora: 08/05/2018 - 12:24	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA		
Responsável: ELZENIR APARECIDA DA SILVA	Telefone: 32672077	Grau de Parentesco: AMIGO (A)

CODIGO 0002396258**Anamnese****HDA**

PACIENTE QUEIXANDO DE DOR NA TOPOGRAFIA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO APÓS TRAUMA TORCIONAL.
MÃE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exame Físico

DOR À PALPAÇÃO DA TOPOGRAFIA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO
SEM CREPITAÇÃO
DISCRETO AUMENTO DE VOLUME
EQUIMOSE NA TOPOGRAFIA DO TFA ESQUERDO
MARCHA CLAUDICANTE

Diagnóstico

ENTORSE DO TORNOZELO

Tratamento

RECEITO LISADOR + ALGINAC + GELO
ORIENTO ROBOFOOT E RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS



Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA

CRM: 23173

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 08/05/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinicius da Silva Segovia

Nº da guia: 40

Nº da carteirinha: 2.37.3117

Data Nascimento: 03/03/2001

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2018	11:03:00	Corredor	Intervalo (recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Esquerdo

Descrição

O aluno ao descer a escada caiu batendo o tornozelo no piso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tania Mara Luz de Oliveira	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tania	08/05/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno caiu na escada .

Assinatura: _____

Tânia Mara Luz de Oliveira

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 2436114000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2436114000000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome SARAH SODRE VISLOSKI	
8 - Número da Carteira 0000000000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI	
13 - Código da Operadora 76591569000130		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 27706	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 08/06/2018		23 - Indicação Clínica	
21 - Caráter 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 LUCIO RICIERI PEROTTI		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 59		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/06/2018 18:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 100,00		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		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 - Total de Gases Medicinais (R\$)		70 - Total de Gases Medicinais (R\$)	

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: SARAH SODRE VISLOSKI	Data Nasc: 07/09/2008	Idade: 9 Anos 9 Meses 2 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: CRISTIANE ASSUMPÇÃO SODRE VISLOSKI	Nome Pai: EDSON VISLOSKI SODRE	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA GUILHERME CEOLIN	Número: 963	Complemento: CASA	
Cidade: PINHAIS	Bairro: VARGEM GRANDE	CEP: 83321220	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI	CRM: 27706	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 0000000000
Data/Hora: 08/06/2018 - 18:23	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA		
Responsável: CRISTIANE ASSUMPÇÃO SODRE VISLOSKI	Telefone: 4136678563	Grau de Parentesco: AMIGO (A)

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIREITO
PACIENTE COM DOR DE FORTE INTENSIDADE E PATELA LATERALIZADA

Exame Físico

PATELA L8UXADA

Diagnóstico

LUXACAO DE PATELA

Tratamento/Conduta

REALIZADO REDUCAO DA LUXACAO
ADM PRESERVADA
PRESCREVO BRACE DE JOELHO
RETORNO EM 2 SEMANQAS

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sarah Sodré Visloski

Nº da guia: 97

Nº da carteirinha: 2.78.153

Data Nascimento: 07/09/2008

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/06/2018	16:18:00	Playground (Ex.: parquinho)	correndo

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Aluna estava correndo no parquinho e torceu o joelho

Testemunha da ocorrência

Professora Valderez

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Valderez

Data

08/06/2018

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Atendimento no próprio estabelecimento

Observações

Aluna estava correndo e torceu joelho, e não consegue se movimentar

Assinatura:

Geisa Matos Casimiro dos Santos
Geisa Matos Casimiro dos Santos

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br