



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

RQ: 011/00

Tipo: Registro

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro

CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Banco: Agência: Conta:

| Cód. Conta | C/C | Nome Conta                   | Dep. | Valor    | Histórico                                |
|------------|-----|------------------------------|------|----------|------------------------------------------|
| 4121016    | 4   | Reembolso de Gastos a Contra | 2190 | 1.596,65 | Pag. NF 310691 Hospital Pequeno Príncipe |

Obs.: ACP - ASP

Total Geral .....

1.596,65

- ☐ Cheque  
☐ Cobrança Bancária  
☐ Pagamento no Caixa  
☒ Transferência Eletrônica

Karen Coelho ChavesElaborado por:  
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 30/08/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 311879, Série: U, emitido em 10/08/2018, conversão em 10/08/2018

Número da Nota

310691

Data e Hora de Emissão

10/08/2018 00:00:00

Código de Verificação

6DN23D0X

**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\$ 1.596,65

10 AGO. 2018

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.596,65**

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito p/ Abatimento do IPTU |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| 0,00                           | 1.596,65              | 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: **109869** Competência: **08/2018**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Entrega: **10/08/2018**



Nota Fiscal

Período

| Início           | Termino    | Guia TISS  | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Nr. Carteira                              | Valor    |
|------------------|------------|------------|------|----------|-------------|-------------------------------------------|----------|
| 27/07/2018       | 27/07/2018 | 2492399000 |      | 1329789  | 2492399     | ANANDA BEATRIZ TOSTA DA S000              |          |
| 06/08/2018       | 06/08/2018 | 2501518000 |      | 1334115  | 2501518     | BRUNA LAUTERT WOLFF 000                   | 38,04    |
| 06/08/2018       | 06/08/2018 | 2501440000 |      | 1334090  | 2501440     | BRUNA LAUTERT WOLFF 000                   | 56,46    |
| 31/07/2018       | 31/07/2018 | 2496158000 |      | 1331764  | 2496158     | BRUNA MUHLSTEDT TEIXEIRA 000              | 373,99   |
| 30/07/2018       | 30/07/2018 | 2494920000 |      | 1331188  | 2494920     | BRUNA RUDNICK MEDEIROS L6921              | 40,72    |
| 06/08/2018       | 06/08/2018 | 2501696000 |      | 1334218  | 2501696     | EVELYN CRISTINA CANOFRE 000               | 38,04    |
| 25/06/2018       | 25/06/2018 | 2455648000 |      | 1311199  | 2455648     | HANUMAN PREMA GOLLMANN 00000000000000     | 44,76    |
| 28/06/2018       | 28/06/2018 | 2460263000 |      | 1313525  | 2460263     | JOAS TEIXEIRA CAMARGO 375240              | 40,44    |
| 30/07/2018       | 30/07/2018 | 2494043000 |      | 1330813  | 2494043     | KAMILY ARAUJO PISKE 00000000000000        | 38,04    |
| 24/07/2018       | 24/07/2018 | 2489139000 |      | 1328312  | 2489139     | KAMILY ARAUJO PISKE 2334349               | 38,04    |
| 01/08/2018       | 01/08/2018 | 2497128000 |      | 1332088  | 2497128     | KAUAN HENRIQUE VIERA 00000000000000000000 | 38,04    |
| 18/06/2018       | 18/06/2018 | 2446907000 |      | 1306619  | 2446907     | KAUAN HENRIQUE VIERA 2375395              | 38,04    |
| Total : 12       |            |            |      |          |             |                                           | 1.596,65 |
| Total Geral : 12 |            |            |      |          |             |                                           | 1.596,65 |





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

2 - Nº Guia no Prestador 2446907000000

2446907 42695 se x.

(autorizado Eden)

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>2446907                                                         | 6 - Data de Validade da Senha<br>2446907                       | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2446907                              | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 4 - Data de Autorização<br>18/06/2018                                                            | 5 - Senha<br>2446907                                                         | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                       | 10 - Nome<br>KAUAN HENRIQUE VIERA                              |                                                                                     |                                         |                            |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 8 - Número da Carteira<br>2375395                                                                | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                   | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                     | 17 - Número no Conselho<br>27706        | 18 - UF<br>41              |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>18/06/2018                                       | 23 - Indicação Clínica                                                       |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição                      |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>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 18/06/2018 14:31                                                                               | 22 41101308                                                                  | RM - PE (ANTEPE)                                                             | NAO INCLUI TORNOZELO                                           | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total | 001 1.0 812.04 812.04                   |                            |
| Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)                                                |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                  |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 1 -                                                                                              | 2 -                                                                          | 3 -                                                                          | 4 -                                                            | 5 -                                                                                 | 6 -                                     | 7 -                        |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) 812.04                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 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\$) 812.04                                                                    |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                                                              |                                                                |                                                                                     |                                         |                            |



18/06/18 *Simara R. Lima*



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 5851                      Pedido: 742695  
Paciente: **KAUAN HENRIQUE VIERA**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI

Data Pedido: 18/06/2018 14:31:00  
Data Laudo: 21/06/2018 08:24:29

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

Foram obtidas imagens nas sequências pesadas em T1 nos planos sagital e coronal e em DP com saturação de gordura nos planos axial, coronal e sagital.

**Indicação clínica:** Osteocondrite dissecante do tálus.

#### Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares mantidas, com pequeno derrame articular e espessamento sinovial tibiotalar.

Extensa lesão osteocondral na porção medial do domus talar, com halo hiperintenso em DP sugestivo de instabilidade e/ou edema, porém sem deslocamento do fragmento osteocondral. Mede 1,6 x 0,9 cm (APx LL) e aproximadamente 0,5 cm de profundidade.

Área de limites imprecisos com hipersinal em DP na medular subcondral distal do cuboide (edema).

Discreta quantidade de líquido na bainha dos tendões fibulares.

Demais tendões e grupos musculares avaliados com morfologia e sinal normais.

Espessamento e sinal intermediário dos ligamentos talofibular anterior e mais discretamente do calcaneofibular, com tênues sinais de edema ao redor. Demais ligamentos visualizados íntegros.

Seio e túnel do tarso de aspecto anatômico.

Porção posterior visualizada da fáscia plantar com espessura e sinal preservados.

Sinais de edema na tela subcutânea lateral do tornozelo.

#### Impressão:

Pequeno derrame articular / sinovite tibiotalar.

Lesão osteocondral / osteocondrite dissecante na porção medial do domus talar.

Edema ósseo medular e subcondral distal no cuboide.

Sinais de discreta tenossinovite dos fibulares.



**BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI**  
CRM: 19452

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kauan Henrique Vieira

Nº da guia: 98

Nº da carteirinha: 2.37.5395

Data Nascimento: 16/04/2004

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 18/05/2018         | 07:15:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Esquerdo     |

| Descrição                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluno participando da aula de educação física, após realizar um salto torceu o pé, tendo uma lesão no tornozelo esquerdo. |

| Testemunha da ocorrência    | Telefone      |
|-----------------------------|---------------|
| Glauton Vinicius de Andrade | (41)997585833 |

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

| Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No dia 21/05 a mãe entrou em contato com a orientação dizendo que o filho não viria para o colégio, pois estava com o tornozelo machucado devido a uma torção ocorrida na aula de educação física e que o levaria ao médico. A escola acredita que o aluno não se queixou ao professor por ser tímido. No dia 22/05 foi entregue um atestado médico com afastamento de 30 dias. |

Assinatura: \_\_\_\_\_

Leticia Vieira Pinto

**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





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

2 - Nº Guia no Prestador 2497128000000

Folha: 1 / 1

2497128 458821.

|                                                                                                                                                                          |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                               | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>2497128              | 6 - Data de Validade da Senha<br>2497128   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2497128 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                    |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>000000000000000000000000                                                                                                                       | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                       | 10 - Nome<br>KAUAN HENRIQUE VIERA |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                     |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                               | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                                                                                           |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                                                                                        | 22 - Data da Solicitação<br>06/08/2018                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6   | 17 - Número no Conselho<br>27706           | 18 - UF<br>41                                          | 19 - Código CBO<br>225270               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                   |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição                                                                                        |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.                                                                                                                                          |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                           |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                               | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                     |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                                                                                              | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>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<br>1 01/08/2018 14:07 14:07 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.04 38.04                                                               |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 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 -                                                   | 13 -                                    | 14 -                                        |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                                          |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>38.04                                                                                                                               |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                                                             |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                    |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                                                         |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                 |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                                             |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>38.04                                                                                                                                          |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                          |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                           |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                            |                                                                              |                                   |                                            |                                                        |                                         |                                             |





# REQUISIÇÃO DE EXAME

## CINTILOGRAFIA

Nome Lauren Henrique Vieira Nº Registro                      ☐ SUS ☐ Convênio ☐ Leito 20º + P

Idade                      Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Emergência ☐ Quarto AL - AL com 23000 intensidade

Clínica Rx torax ☒ E

Exames Requisitados: 1)                      2)                      3)                     

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado ☐

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica                     

Resumo Clínico                     

Tem exame anterior ☐ Não ☐ RX ☐ U.S ☐ T.A.C

☐ No Pequeno Príncipe ☐ Outro Serviço

\* No dia do Exame deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Técnico R.X.                      Ctba. 01 de Agosto de 2018 Médico - CRM                     

Luís Ricardo Perotti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 27706



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 5851      Pedido: 758821  
Paciente: **KAUAN HENRIQUE VIERA**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI

Data Pedido: 01/08/2018 14:07:00  
Data Laudo: 03/08/2018 14:36:56

### RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Lesão óssea cortical em domus talar.

Relações articulares mantidas.

\*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.



**MARCO ANTONIO NICLODELLI**  
CRM: 14702

## Clinica Adventista

### COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

KAVAN HENRIQUE VIEIRA

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

RUA PROGENITO MACHUCA 6245A CURITIBA

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

HORAS:

LOCAL ONDE OCORREU:

MUNICÍPIO:

16/05/2018

COLERIO

CURITIBA

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

JOGANDO VOLEI FOI FAZER UM BLOQUEIO  
QUANDO VOLTOU O PÉ VIKOU MACHUCANDO OTALUS

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):

PROF GLAUCON

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

17/05/2018

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DR MIGUEL CLINICA DE FRATURAS TORRES

HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?

QUAL ?

NAO

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

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

Silmaria Regina





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

2 - Nº Guia no Prestador 2501518000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                              |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 |                                              |                                                        |
| 4 - Data de Autorização<br>06/08/2018                                                            | 5 - Senha<br>2501518                                                         | 6 - Data de Validade da Senha<br>2501518     | 7 - Número da Guia Arribuído pela Operadora<br>2501518 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N |                                                        |
| 8 - Número da Carteira<br>ADVENTISTA                                                             | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2018                                       | 10 - Nome<br>BRUNA LAUTERT WOLFF             | 12 - Atendimento a RN                                  |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                              |                                                        |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                              |                                                        |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>TANIA MARA SCHINZEL                                     | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>5300              | 18 - UF<br>41                                          |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>225124                                            |                                                                              |                                              |                                                        |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                              |                                                        |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>06/08/2018                                       | 23 - Indicação Clínica                       |                                                        |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               |                                                                              |                                              |                                                        |
| 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                |                                                                              |                                              |                                                        |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                              |                                                        |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                    |                                                        |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                              |                                                        |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>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 06/08/2018 13:39 22 40802027 RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS                              |                                                                              |                                              |                                                        |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                              |                                                        |
| 001 1.0 56.46 56.46                                                                              |                                                                              |                                              |                                                        |
| 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\$)<br>56.46                                                       |                                                                              |                                              |                                                        |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                              |                                                        |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |                                                                              |                                              |                                                        |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |                                                                              |                                              |                                                        |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |                                                                              |                                              |                                                        |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                              |                                                        |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>56.46                                                                  |                                                                              |                                              |                                                        |
| 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2501440000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha<br>2501440                                     | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2501440       | 12 - Atendimento a RN<br>N      |
| 4 - Data de Autorização<br>06/08/2018                                                            | 5 - Senha<br>2501440                                                         | 10 - Nome<br>BRUNA LAUTERT WOLFF                                             | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                      |                                 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 8 - Número da Carteira<br>000                                                                    | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>TANIA MARA SCHINZEL | 16 - Conselho Profissional<br>6 |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 21 - Cardter do Atendimento<br>2                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>06/08/2018                                       | 23 - Indicação Clínica                                                       | 17 - Número no Conselho<br>5300                              | 18 - UF<br>41                   |
| 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<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |                                                              |                                 |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 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 06/08/2018 13:04 22 41001010 TC - CEFALIA OU SELA TURCICA OU ORBITAS                           |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 001 1.0 373.99 373.99                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 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\$)<br>373.99                                                      |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>373.99                                                                 |                                                                              |                                                                              |                                                              |                                 |
| 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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Dados do Solicitante

11 - Código Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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 - Carteira 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

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\$)

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

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional Solicitante

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Profissional Solicitante

81 - Assinatura do Profissional Solicitante

82 - Assinatura do Profissional Solicitante

83 - Assinatura do Profissional Solicitante

84 - Assinatura do Profissional Solicitante

85 - Assinatura do Profissional Solicitante

86 - Assinatura do Profissional Solicitante

87 - Assinatura do Profissional Solicitante

88 - Assinatura do Profissional Solicitante

89 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Assinatura do Profissional Solicitante

91 - Assinatura do Profissional Solicitante

92 - Assinatura do Profissional Solicitante

93 - Assinatura do Profissional Solicitante

94 - Assinatura do Profissional Solicitante

95 - Assinatura do Profissional Solicitante

96 - Assinatura do Profissional Solicitante

97 - Assinatura do Profissional Solicitante

98 - Assinatura do Profissional Solicitante

99 - Assinatura do Profissional Solicitante

100 - Assinatura do Profissional Solicitante

101 - Assinatura do Profissional Solicitante

102 - Assinatura do Profissional Solicitante

103 - Assinatura do Profissional Solicitante

104 - Assinatura do Profissional Solicitante

105 - Assinatura do Profissional Solicitante

106 - Assinatura do Profissional Solicitante

107 - Assinatura do Profissional Solicitante

108 - Assinatura do Profissional Solicitante

109 - Assinatura do Profissional Solicitante

110 - Assinatura do Profissional Solicitante

111 - Assinatura do Profissional Solicitante

112 - Assinatura do Profissional Solicitante

113 - Assinatura do Profissional Solicitante

114 - Assinatura do Profissional Solicitante

115 - Assinatura do Profissional Solicitante

116 - Assinatura do Profissional Solicitante

117 - Assinatura do Profissional Solicitante

118 - Assinatura do Profissional Solicitante

119 - Assinatura do Profissional Solicitante

120 - Assinatura do Profissional Solicitante

121 - Assinatura do Profissional Solicitante

122 - Assinatura do Profissional Solicitante

123 - Assinatura do Profissional Solicitante

124 - Assinatura do Profissional Solicitante

125 - Assinatura do Profissional Solicitante

126 - Assinatura do Profissional Solicitante

127 - Assinatura do Profissional Solicitante

128 - Assinatura do Profissional Solicitante

129 - Assinatura do Profissional Solicitante

130 - Assinatura do Profissional Solicitante

131 - Assinatura do Profissional Solicitante

132 - Assinatura do Profissional Solicitante

133 - Assinatura do Profissional Solicitante

134 - Assinatura do Profissional Solicitante

135 - Assinatura do Profissional Solicitante

136 - Assinatura do Profissional Solicitante

137 - Assinatura do Profissional Solicitante

138 - Assinatura do Profissional Solicitante

139 - Assinatura do Profissional Solicitante

140 - Assinatura do Profissional Solicitante

141 - Assinatura do Profissional Solicitante

142 - Assinatura do Profissional Solicitante

143 - Assinatura do Profissional Solicitante

144 - Assinatura do Profissional Solicitante

145 - Assinatura do Profissional Solicitante

146 - Assinatura do Profissional Solicitante

147 - Assinatura do Profissional Solicitante

148 - Assinatura do Profissional Solicitante

149 - Assinatura do Profissional Solicitante

150 - Assinatura do Profissional Solicitante

151 - Assinatura do Profissional Solicitante

152 - Assinatura do Profissional Solicitante

153 - Assinatura do Profissional Solicitante

154 - Assinatura do Profissional Solicitante

155 - Assinatura do Profissional Solicitante

156 - Assinatura do Profissional Solicitante

157 - Assinatura do Profissional Solicitante

158 - Assinatura do Profissional Solicitante

159 - Assinatura do Profissional Solicitante

160 - Assinatura do Profissional Solicitante

161 - Assinatura do Profissional Solicitante

162 - Assinatura do Profissional Solicitante

163 - Assinatura do Profissional Solicitante

164 - Assinatura do Profissional Solicitante

165 - Assinatura do Profissional Solicitante

166 - Assinatura do Profissional Solicitante

167 - Assinatura do Profissional Solicitante

168 - Assinatura do Profissional Solicitante

169 - Assinatura do Profissional Solicitante

170 - Assinatura do Profissional Solicitante

171 - Assinatura do Profissional Solicitante

172 - Assinatura do Profissional Solicitante

173 - Assinatura do Profissional Solicitante

174 - Assinatura do Profissional Solicitante

175 - Assinatura do Profissional Solicitante

176 - Assinatura do Profissional Solicitante

177 - Assinatura do Profissional Solicitante

178 - Assinatura do Profissional Solicitante

179 - Assinatura do Profissional Solicitante

180 - Assinatura do Profissional Solicitante

181 - Assinatura do Profissional Solicitante

182 - Assinatura do Profissional Solicitante

183 - Assinatura do Profissional Solicitante

184 - Assinatura do Profissional Solicitante

185 - Assinatura do Profissional Solicitante

186 - Assinatura do Profissional Solicitante

187 - Assinatura do Profissional Solicitante

188 - Assinatura do Profissional Solicitante

189 - Assinatura do Profissional Solicitante

190 - Assinatura do Profissional Solicitante

191 - Assinatura do Profissional Solicitante

192 - Assinatura do Profissional Solicitante

193 - Assinatura do Profissional Solicitante

194 - Assinatura do Profissional Solicitante

195 - Assinatura do Profissional Solicitante

196 - Assinatura do Profissional Solicitante

197 - Assinatura do Profissional Solicitante

198 - Assinatura do Profissional Solicitante

199 - Assinatura do Profissional Solicitante

200 - Assinatura do Profissional Solicitante

201 - Assinatura do Profissional Solicitante

202 - Assinatura do Profissional Solicitante

203 - Assinatura do Profissional Solicitante

204 - Assinatura do Profissional Solicitante

205 - Assinatura do Profissional Solicitante

206 - Assinatura do Profissional Solicitante

207 - Assinatura do Profissional Solicitante

208 - Assinatura do Profissional Solicitante

209 - Assinatura do Profissional Solicitante

210 - Assinatura do Profissional Solicitante

211 - Assinatura do Profissional Solicitante

212 - Assinatura do Profissional Solicitante

213 - Assinatura do Profissional Solicitante

214 - Assinatura do Profissional Solicitante

215 - Assinatura do Profissional Solicitante

216 - Assinatura do Profissional Solicitante

217 - Assinatura do Profissional Solicitante

218 - Assinatura do Profissional Solicitante

219 - Assinatura do Profissional Solicitante

220 - Assinatura do Profissional Solicitante

221 - Assinatura do Profissional Solicitante

222 - Assinatura do Profissional Solicitante

223 - Assinatura do Profissional Solicitante

224 - Assinatura do Profissional Solicitante

225 - Assinatura do Profissional Solicitante

226 - Assinatura do Profissional Solicitante

227 - Assinatura do Profissional Solicitante

228 - Assinatura do Profissional Solicitante

229 - Assinatura do Profissional Solicitante

230 - Assinatura do Profissional Solicitante

231 - Assinatura do Profissional Solicitante

232 - Assinatura do Profissional Solicitante

233 - Assinatura do Profissional Solicitante

234 - Assinatura do Profissional Solicitante

235 - Assinatura do Profissional Solicitante

236 - Assinatura do Profissional Solicitante

237 - Assinatura do Profissional Solicitante

238 - Assinatura do Profissional Solicitante

239 - Assinatura do Profissional Solicitante

240 - Assinatura do Profissional Solicitante

241 - Assinatura do Profissional Solicitante

242 - Assinatura do Profissional Solicitante

243 - Assinatura do Profissional Solicitante

244 - Assinatura do Profissional Solicitante

245 - Assinatura do Profissional Solicitante

246 - Assinatura do Profissional Solicitante

247 - Assinatura do Profissional Solicitante

248 - Assinatura do Profissional Solicitante

249 - Assinatura do Profissional Solicitante

250 - Assinatura do Profissional Solicitante

251 - Assinatura do Profissional Solicitante

252 - Assinatura do Profissional Solicitante

253 - Assinatura do Profissional Solicitante

254 - Assinatura do Profissional Solicitante

255 - Assinatura do Profissional Solicitante

256 - Assinatura do Profissional Solicitante

257 - Assinatura do Profissional Solicitante

258 - Assinatura do Profissional Solicitante

259 - Assinatura do Profissional Solicitante

260 - Assinatura do Profissional Solicitante

261 - Assinatura do Profissional Solicitante

262 - Assinatura do Profissional Solicitante

263 - Assinatura do Profissional Solicitante

264 - Assinatura do Profissional Solicitante

265 - Assinatura do Profissional Solicitante

266 - Assinatura do Profissional Solicitante

267 - Assinatura do Profissional Solicitante



**EMERGÊNCIA/CONVÊNIO**

1 - Registro ANS  
2 - Número da Guia Principal  
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
4 - Data da Autorização  
5 - Sentença  
6 - Data de Validade da Sentença  
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  
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  
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 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/CPP  
51 - Nome do Profissional  
52 - Conselho Profissional  
53 - Número no Conselho  
54 - UF  
55 - Código CBO  
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
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 Contratado

**Quero manter Vol.**

**Tamara Schinzel**

**Tratamento necessário.**

**2x de colar cervical**

**40802019**



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 217881 Pedido: 760266

Paciente: **BRUNA LAUTERT WOLFF**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: TANIA MARA SCHINZEL

Data Pedido: 06/08/2018 13:04:00

Data Laudo: 06/08/2018 15:47:03

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Estudo realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada *Multislice*, obtendo-se imagens no plano axial.

Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

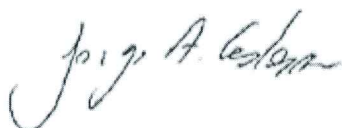
O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais, bem como dos sulcos entre giros corticais cerebrais e do cerebelo.

Seios da face e mastóides normoaerados.

**Impressão :** Estudo tomográfico computadorizado do encéfalo dentro dos limites da normalidade.

\*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.



JORGE ALBERTO LEDESMA  
CRM: 5962

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 217881 Pedido: 760312

Paciente: **BRUNA LAUTERT WOLFF**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: TANIA MARA SCHINZEL

Data Pedido: 06/08/2018 13:39:00

Data Laudo: 06/08/2018 14:27:46

### RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL

Incidências: frente e perfil.

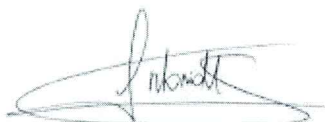
Os seguintes aspectos foram observados:

Alinhamento vertebral normal.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

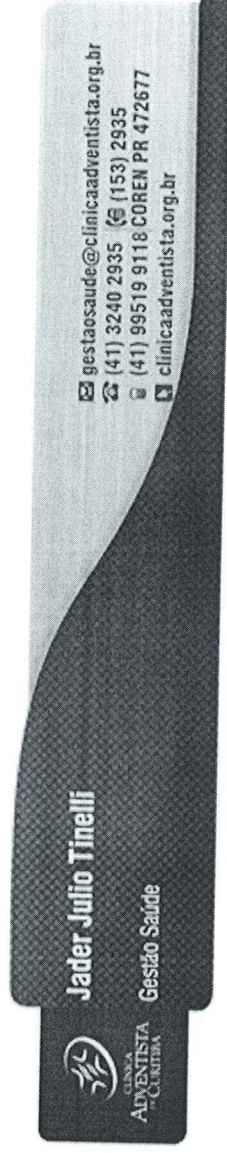
\*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose), que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames."



**MARCO ANTONIO SANDRIN**  
CRM: 24401



Atenciosamente



**De :** CLAC - Jader Tinelli <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>

**Assunto :** Liberação Procedimento

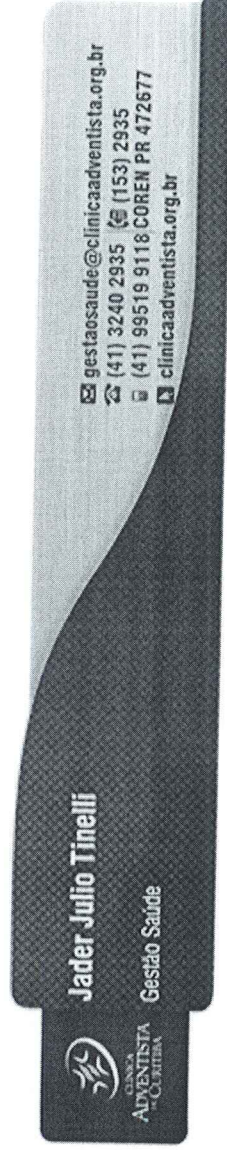
**Para :** adriane kraemer <adriane.kraemer@hpp.org.br>

Olá Adriane,

Segue liberação para o procedimento da aluna Bruna Lautert Wolff.

Tac. crânio 41001010.

Atenciosamente



Ter, 07 de ago de 2018 10:12  
📎 1 anexo



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bruna Lautert Wolff



Nº da guia: 217

Nº da cartelinha: 3.7.5191

Data Nascimento: 01/11/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão  
EIEFM

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 06/08/2018         | 10:46:00 | Ginásio | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex: bateu na parede, carteira)

## Partes do corpo

Cabeça

## Descrição

A aluna escorregou na arquibancada e bateu a nuca.

## Testemunha da ocorrência

Merilyn

## Telefone

(41) 99784-6215

## Quem prestou primeiros socorros

Merilyn

## Data

06/08/2018

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

## Observações

A aluna foi atendida, colocamos gelo. Porém ela se queixa de tontura, vista escurecida e enjoos.

Assinatura:

Cleberson Luz

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





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

2 - Nº Guia no Prestador 2460263000000

Folha: 1 / 1

2460263 440451

|                                                                                                  |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha                                 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                  | 12 - Atendimento a RN                    |
| 4 - Data de Autorização<br>28/06/2018                                                            | 5 - Senha<br>2460263                                                         | 8 - Nome da Carteira<br>31/12/2018                            | 9 - Nome do Cartão Nacional de Saúde                         | N                                        |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 8 - Número da Carteira<br>375240                                                                 | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                       | 10 - Nome<br>JOAS TEIXEIRA CAMARGO                            | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                      |                                          |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>THIAGO MOTTER RANKEL | 16 - Conselho Profissional<br>6                              | 17 - Número no Conselho<br>37076         |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>28/06/2018                                       | 23 - Indicação Clínica                                        | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição | 27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.     |
| Dados do Contratado Executor                                                                     |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                     |                                                              |                                          |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)                    | 34 - Tipo de Consulta<br>9                                    | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |                                          |
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 1 28/06/2018 12:55                                                                               | 22 40804089                                                                  | 28                                                            | 40 - Valor Unitário                                          | 47 - Valor Total                         |
|                                                                                                  |                                                                              | 1.0                                                           | 38.04                                                        | 38.04                                    |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)                                                |                                                                              |                                                               |                                                              |                                          |
| 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\$)<br>38.04                                                       | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                         | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                             | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     | 65 - Total Geral (R\$)<br>38.04                                              | 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 de Identificação

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                                                   |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                   |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 13 - Código na Operadora                                                | 14 - Nome do Contratado      | 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional                  | 17 - Número no Conselho                                     | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 21 - Cartão do Atendimento                                              | 22 - Data da Solicitação     | 23 - Indicação Clínica                | 24 - Tabela                                 | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial            | 26 - Descrição                              |
| 1 -                                                                     |                              |                                       | 1 -                                         | 4080                                                        | Exatamento e APP                            |
| 2 -                                                                     |                              |                                       | 2 -                                         |                                                             |                                             |
| 3 -                                                                     |                              |                                       | 3 -                                         |                                                             |                                             |
| 4 -                                                                     |                              |                                       | 4 -                                         |                                                             |                                             |
| 5 -                                                                     |                              |                                       | 5 -                                         |                                                             |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                          |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 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                       |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                   |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 35 - Data                                                               | 36 - Hora Inicial            | 37 - Hora Final                       | 38 - Tabela                                 | 39 - Código do Procedimento                                 | 40 - Descrição                              |
| 1 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 2 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 3 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 4 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 5 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                      |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 41 - Seq. Ref                                                           | 42 - Grau Part.              | 43 - Grau Part.                       | 44 - Código na Operadora/CPF                | 45 - Nome do Profissional                                   | 46 - Nome do Profissional                   |
|                                                                         |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 54 - Data de Realização de Procedimentos em Série                       |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 1 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 2 -                                                                     |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 55 - Observação / Justificativa                                         |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
|                                                                         |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 56 - Total de Procedimentos (R\$)                                       |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 57 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                    |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 58 - Total de Medicamentos (R\$)                                        |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 59 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                    |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 60 - Total Geral (R\$)                                                  |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 61 - Assinatura do Responsável pela Autorização                         |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                          |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |
| 63 - Assinatura do Contratado                                           |                              |                                       |                                             |                                                             |                                             |



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 451720 Pedido: 746751

Paciente: **JOAS TEIXEIRA CAMARGO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: THIAGO MOTTER RANKEL

Data Pedido: 28/06/2018 12:55:00

Data Laudo: 28/06/2018 14:29:07

### RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

\*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.



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Joás Teixeira Camargo

Nº da guia: 150

Nº da carteirinha: 3.7.5240

Data Nascimento: 09/01/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                             |
|--------------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 28/06/2018         | 12:00:00 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Esquerdo     |

### Descrição

O aluno torceu o pé em uma jogada durante o jogo caiu e não consegue mais colocar o pé no chão.

### Testemunha da ocorrência

Andressa

### Telefone

(99) 756-1532

### Quem prestou primeiros socorros

Andressa

### Data

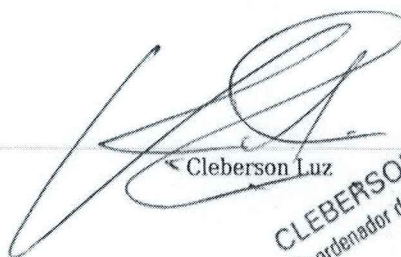
28/06/2018

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

### Observações

O aluno esta sentindo muita dor.

Assinatura:

  
Cleberson Luz  
CLEBERSON LUZ  
Coordenador de Disciplina

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2492399000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                        | 3 - Número da Guia Principal                                                                               | 6 - Data de Validade da Senha              |                                                            | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 4 - Data de Autorização                                                                                                                           | 5 - Senha                                                                                                  | 6 - Data de Validade da Senha              |                                                            | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                             |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>ADVENTISTA                                                                                                              | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2018                                                                     | 10 - Nome<br>ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>207444410420018 | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| Dados de Solicitante                                                                                                                              |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                        | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |                                            |                                                            |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PEDRO MINUZZI WILD                                                                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                            | 17 - Número no Conselho<br>34840           | 18 - UF<br>41                                              | 19 - Código CBO<br>225270                   |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                         |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>27/07/2018                                                                     | 23 - Indicação Clínica                     |                                                            |                                             |
| 24 - Tabela<br>2                                                                                                                                  | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                        | 26 - Descrição                             | 27 - Qt. Solic.                                            | 28 - Qt. Autoriz.                           |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                    |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                        | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |                                            |                                                            |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                                                                              |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                       | 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)                                                | 34 - Tipo de Consulta<br>9                 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 | 31 - Código CNEC<br>15563                   |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                             |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 27/07/2018 13:54 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.04 38.04 |                                            |                                                            |                                             |
| 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\$) 38.04                                                                                                           |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 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\$) 38.04                                                                                                                      |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                   |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                    |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                     |                                                                                                            |                                            |                                                            |                                             |



**SETOR**  
2. Nº 001/1990  
**EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS**

**EMERGENCIA/CONVENIO**

1 - Registro ANS \_\_\_\_\_ 3 - Número da Guia Principal \_\_\_\_\_

4 - Data da Autorização \_\_\_\_\_ 5 - Senha \_\_\_\_\_

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira \_\_\_\_\_ 9 - Validade da Carteira \_\_\_\_\_

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora \_\_\_\_\_ 14 - Nome do Contratado \_\_\_\_\_

15 - Nome do Profissional Solicitante \_\_\_\_\_

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter 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 \_\_\_\_\_

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\$) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora \_\_\_\_\_ 11 - Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_ 12 - Atendimento a RU \_\_\_\_\_

6 - Data de Validade da Senha \_\_\_\_\_ 10 - Nome \_\_\_\_\_ 16 - Conselho Profissional \_\_\_\_\_ 17 - Número no Conselho \_\_\_\_\_ 18 - UF \_\_\_\_\_ 19 - Código CBO \_\_\_\_\_ 20 - Assinatura do Profissional Solicitante \_\_\_\_\_

**Dr. Pedro Minuzzi Wilt**  
**Medico Residente**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**CRM-PR 34840**

16x 3º QDE AP+P+Oblig-9

40803120

31 - Código CINES \_\_\_\_\_



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 205212 Pedido: 757132

Paciente: **ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: PEDRO MINUZZI WILD

Data Pedido: 27/07/2018 13:54:00

Data Laudo: 27/07/2018 14:07:16

### RADIOGRAFIA DO 3 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

\*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.



**MARCO ANTONIO NICLODELLI**  
CRM: 14702



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde  
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| NOME COMPLETO DO ALUNO<br><i>Amanda B. Costa da Silva</i>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nº DA MATRÍCULA<br><i>6622</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO<br><i>Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TELEFONE<br><i>32251920</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |
| ENDEREÇO<br><i>Lysimaco Ferreira da Costa 380</i>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CIDADE<br><i>Curitiba</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UF<br><i>PR</i> |
| DATA DA OCORRÊNCIA<br><i>27/7</i>                                              | NATUREZA DO ACIDENTE<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO<br><input type="checkbox"/> BRIGA<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA<br><input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO<br><input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHOS<br><input type="checkbox"/> QUEIMADURA<br><input type="checkbox"/> QUEDA<br><input type="checkbox"/> TORÇÃO<br><input type="checkbox"/> TRAUMA<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? | ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE<br><input type="checkbox"/> ATLETISMO<br><input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA<br><input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO<br><input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA<br><input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA<br><input checked="" type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE<br><input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEI<br><input type="checkbox"/> NATAÇÃO<br><input type="checkbox"/> RECREIO<br><input type="checkbox"/> SALA DE AULA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? |                 |
| HORÁRIO DO ACIDENTE<br><i>10h30</i>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |
| LOCAL ONDE OCORREU<br><i>Quadra</i>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |

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

*A aluna estava jogando basquete e a bola bateu no seu dedo.*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Regiane (prof. Ed. Física)*

TELEFONE:

NOME: *Marsile*

TELEFONE: *997806576*

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

*Marsile*

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAQ):

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

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

*x Elaine Pavarim*





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

2 - Nº Guia no Prestador 2455648000000

Folha: 1 / 1

745295

2455648

|                                                                                                                                           |  |                                                                                                            |  |                                                                                 |  |                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2455648                          |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>25/06/2018                                                                                                     |  | 5 - Senha<br>2455648                                                                                       |  | 6 - Data de Validade da Senha                                                   |  |                                                                    |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0000000000000000                                                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                                                     |  | 10 - Nome<br>HANUMAN PREMA GOLLMANN JOHNSON PEREIRA                             |  |                                                                    |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |  | 15 - UF<br>41                                                                   |  | 16 - Código CBO<br>225270                                          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARCEL STATHACOS E CASTELLA                                                                      |  | 17 - Número no Conselho<br>33809                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                                                   |  | 19 - Código CBO<br>225270                                          |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                               |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                |  | 22 - Assinatura do Profissional Solicitante                                     |  | 23 - Assinatura do Profissional Solicitante                        |  |
| 24 - Tabela<br>1                                                                                                                          |  | 25 - Código do Procedimento<br>25/06/2018                                                                  |  | 26 - Descrição                                                                  |  | 27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                               |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                       |  |                                                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                                                               |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                                |  | 34 - Tipo de Consulta<br>9                                                      |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                         |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 25/06/2018 10:59 10:59 22 40803112 RX - FUNHO |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 40.44 40.44 |  | 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 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\$)<br>40.44                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                       |  |
| 61 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                  |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                           |  | 63 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                    |  | 64 - Total Geral (R\$)<br>40.44                                    |  |
| 65 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                           |  | 66 - Assinatura do Contratado                                                                              |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                  |  | 68 - Assinatura do Contratado                                      |  |



*\* Guia de Examinamento*

*Unidade Zololou*



*Ac. Odorini*  
*2455648*  
*745295*

# REQUISICÃO DE EXAME

## CINTILOGRAFIA

## CENTRO DE IMAGEM

Nome Valmir Pereira Nº Registro                      ☐ SUS ☒ Convênio                      Leito                     

Idade                      Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Emergência ☐ Quarto                     

Clinica 78 Rádio e AP-119

Exames Requistados: 1)                     

2)                     

3)                     

☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

☐ Precisa de Anestesia

☐ Sim

☐ Urgente

☐ Sim

Radiografia no Leito?

Suspeita Clínica                     

Resumo Clínico                     

Controle Fratura de Rádio

☐ T.A.C

☐ U.S

☐ RX

☐ Não

☐ No Pequeno Príncipe

☐ Outro Serviço

Tem exame anterior

\* No dia do Exame deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Ctba, 25 de Julho de 18

Médico - CRM

Técnico R.X

*Dr. Marcelino Macos e Castella*  
*CRM 33.809*



## Centro de Imagem

**Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada**

Prontuário: 428781

Pedido: 745295

Paciente: **HANUMAN PREMA GOLLMANN JOHNSON PEREIRA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: MARCEL STATHACOS E CASTELLA

Data Pedido: 25/06/2018 10:59:00

Data Laudo: 25/06/2018 13:50:04

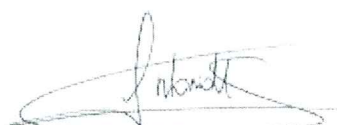
### RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura do rádio e da ulna distais com reação periosteal associada.

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.



**MARCO ANTONIO SANDRIN**  
CRM: 24401

2455648  
745295



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde  
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

|                                |                                     |  |                  |              |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|------------------|--------------|
| NOME COMPLETO DO ALUNO:        | Hanuman Prema                       |  | Nº DA MATRÍCULA: | 6933.        |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: | Colégio Curitibaano Adv. Bom Retiro |  | TELEFONE:        | 41-3525 1920 |
| ENDEREÇO:                      | Lysimaco Carneiro da Costa, 980     |  | CIDADE:          | Curitiba     |
|                                |                                     |  | UF:              | PR           |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DA OCORRÊNCIA:  | NATUREZA DO ACIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 25/6/18              | <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO<br><input type="checkbox"/> BRIGA<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA<br><input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO<br><input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO<br><input type="checkbox"/> QUEIMADURA<br><input type="checkbox"/> QUEDA<br><input type="checkbox"/> TORÇÃO<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA<br><input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? | <input type="checkbox"/> ATLETISMO<br><input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA<br><input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO<br><input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA<br><input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA<br><input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE<br><input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY<br><input type="checkbox"/> NATAÇÃO<br><input checked="" type="checkbox"/> RECREIO<br><input type="checkbox"/> SALA DE AULA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? |
| HORÁRIO DO ACIDENTE: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| LOCAL ONDE OCORREU:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| pátio                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

o aluno estava correndo, tropeçou e caiu apoiando o braço.

|                                                            |                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------|
| PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:                       |                      |
| NOME: marsele                                              | TELEFONE: 997806876. |
| NOME:                                                      | TELEFONE:            |
| QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?                           |                      |
| DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:                   |                      |
| NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: |                      |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):          |                      |
|                                                            |                      |

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

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

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

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





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

2 - Nº Guia no Prestador 2501696000000

Folha: 1 / 1

2501696 460376

|                                                                                                  |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                                         | 5 - Senha<br>2501696                           | 6 - Data de Validade da Senha<br>2501696   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2501696 | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>06/08/2018                                                            | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2018                                                               | 10 - Nome<br>EVELYN CRISTINA CANOFE            | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde    |                                                        |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>000                                                                    |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                         |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>EMMA LOUISE STELLFELD                                   | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                      | 17 - Número no Conselho<br>10668               | 18 - UF<br>41                              | 19 - Código CBO<br>225124                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 21 - Cardioter do Atendimento<br>2                                                               | 22 - Data da Solicitação<br>06/08/2018                                                               | 23 - Indicação Clínica                         |                                            |                                                        |                                             |
| 24 - Tabela                                                                                      | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                  | 26 - Descrição                                 | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.          |                                                        |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                         |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                          | 34 - Tipo de Consulta<br>9                     | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                                                        |                                             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                                                      |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final<br>1 06/08/2018 15:26 22 40801098                      | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Pator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 44.76 |                                                |                                            |                                                        |                                             |
| 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\$)<br>44.76                                                       |                                                                                                      | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00   |                                            | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                  |                                             |
| 62 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |                                                                                                      | 63 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00   |                                            | 64 - Total Geral (R\$)<br>44.76                        |                                             |
| 65 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                                                      | 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                            | 67 - Assinatura do Contratado                          |                                             |



Call us Pres 100  
**SETOR**

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

**EMERGENCIA/CONVÊNIO**

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  
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.

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

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

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

5 - Trauma nasal - epistaxe  
6 - RINORRÉIA  
7 - RINORRÉIA  
8 - RINORRÉIA  
9 - RINORRÉIA  
10 - RINORRÉIA  
11 - RINORRÉIA  
12 - RINORRÉIA  
13 - RINORRÉIA  
14 - RINORRÉIA  
15 - RINORRÉIA  
16 - RINORRÉIA  
17 - RINORRÉIA  
18 - RINORRÉIA  
19 - RINORRÉIA  
20 - RINORRÉIA  
21 - RINORRÉIA  
22 - RINORRÉIA  
23 - RINORRÉIA  
24 - RINORRÉIA  
25 - RINORRÉIA  
26 - RINORRÉIA  
27 - RINORRÉIA  
28 - RINORRÉIA  
29 - RINORRÉIA  
30 - RINORRÉIA  
31 - RINORRÉIA  
32 - RINORRÉIA  
33 - RINORRÉIA  
34 - RINORRÉIA  
35 - RINORRÉIA  
36 - RINORRÉIA  
37 - RINORRÉIA  
38 - RINORRÉIA  
39 - RINORRÉIA  
40 - RINORRÉIA  
41 - RINORRÉIA  
42 - RINORRÉIA  
43 - RINORRÉIA  
44 - RINORRÉIA  
45 - RINORRÉIA  
46 - RINORRÉIA  
47 - RINORRÉIA  
48 - RINORRÉIA  
49 - RINORRÉIA  
50 - RINORRÉIA  
51 - RINORRÉIA  
52 - RINORRÉIA  
53 - RINORRÉIA  
54 - RINORRÉIA  
55 - RINORRÉIA  
56 - RINORRÉIA  
57 - RINORRÉIA  
58 - RINORRÉIA  
59 - RINORRÉIA  
60 - RINORRÉIA  
61 - RINORRÉIA  
62 - RINORRÉIA  
63 - RINORRÉIA  
64 - RINORRÉIA  
65 - RINORRÉIA  
66 - RINORRÉIA  
67 - RINORRÉIA  
68 - RINORRÉIA

Dr. Emma Louise Steltjens  
CRM 10662



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 229648 Pedido: 760376

Paciente: **EVELYN CRISTINA CANOFRE**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: EMMA LOUISE STELLFELD

Data Pedido: 06/08/2018 15:26:00

Data Laudo: 06/08/2018 15:56:55

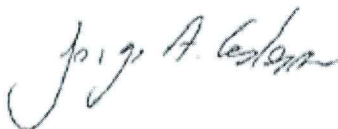
### RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea integra.

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.



**JORGE ALBERTO LEDESMA**  
CRM: 5962



**AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

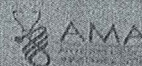
Aluno: Evelyn Cristina Canofre

Nº da guia: 218

Nº da carteirinha: 3.7.3351

Data Nascimento: 06/07/2001

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   |
|--------------------|----------|---------|
| 06/08/2018         | 13:59:00 | Ginásio |

| Atividade               |
|-------------------------|
| Aula de educação física |

**O que aconteceu**

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

**Partes do corpo**

Rosto

**Descrição**

Aula de Handebol o aluno bateu quando estava de costas.

**Testemunha da ocorrência**

Prof. Ivanildo

**Telefone**

(41) 3051-8550

**Quem prestou primeiros socorros**

Prof. Ivanildo

**Data**

06/08/2018

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

**Observações**

Aula de Handebol o aluno entrou em choque batendo com o cotovelo no nariz.

Assinatura:

Cristiano Alexandre Rank  
Diretor Adj. 1456/18

Cristiano Alexandre Rank

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

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

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

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

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

Impresso por: Cristiano Alexandre Rank

1 de 1

6/08/2018 14:02





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

2 - N° Guia no Prestador 2494920000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha<br>2494920                             | 7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora<br>2494920                                             | 12 - Atendimento a RN<br>N       |
| 4 - Data de Autorização<br>30/07/2018                                                            | 5 - Senha<br>2494920                                                         | 9 - Validade da Carteira<br>30/11/2018                               | 10 - Nome<br>BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS SANTOS                                                      |                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 8 - Número da Carteira<br>6921                                                                   | 9 - Validade da Carteira<br>30/11/2018                                       | 10 - Nome<br>BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS SANTOS                       | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                             | 12 - Atendimento a RN<br>N       |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>EDUARDO DE CARVALHO MARTINS | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                     | 17 - Número no Conselho<br>33840 |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>30/07/2018                                       | 23 - Indicação Clínica                                               | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                  | 26 - Descrição                   |
| 27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.                                                                  |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                            |                                                                                                     |                                  |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>9                                           | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                          |                                  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final<br>1 30/07/2018 17:51 17:51                            | 39 - Tabela 40 - Procedimento<br>22 40803120                                 | 41 - Descrição<br>RX - MAO OU QUIRODACTILO                           | 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.04 |                                  |
| 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\$) 38.04                                                          |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 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\$) 38.04                                                                     |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                                                      |                                                                                                     |                                  |

Impressão por: RENE OLESKO

Data/Hora: 30/07/2018 17:54

Atendimento: 2494920

CONVÊNIO CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CONVÊNIO CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

[illegible]



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 456034      Pedido: 758008  
Paciente: **BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS SANTOS**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS

Data Pedido: 30/07/2018 17:51:00  
Data Laudo: 02/08/2018 15:11:26

### RADIOGRAFIA DO 4 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

\*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.



**MARCO ANTONIO NICLODELLI**  
CRM: 14702





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde  
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NOME COMPLETO DO ALUNO:<br><i>Emma Rudnick Medeiros dos Santos</i>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nº DA MATRÍCULA:<br><i>6921</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:<br><i>Colégio Curitibano Adventista Bom Refúgio</i>                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TELEFONE:<br><i>32251920</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| ENDEREÇO:<br><i>Assimaco Ferreira da Costa, 980</i>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CIDADE:<br><i>Ctba</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UF:<br><i>PR</i> |
| DATA DA OCORRÊNCIA:<br><i>30/7/18</i>                                                                                                                                        | NATUREZA DO ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO<br><input type="checkbox"/> BRIGA<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO<br><input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA<br><input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO<br><input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO<br><input type="checkbox"/> QUEIMADURA<br><input type="checkbox"/> QUEDA<br><input type="checkbox"/> TORÇÃO<br><input type="checkbox"/> TRAUMA<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? | ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> ATLETISMO<br><input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA<br><input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO<br><input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA<br><input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA<br><input checked="" type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE<br><input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL<br><input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY<br><input type="checkbox"/> NATAÇÃO<br><input type="checkbox"/> RECREIO<br><input type="checkbox"/> SALA DE AULA<br><input type="checkbox"/> OUTROS<br>QUAL? |                  |
| HORÁRIO DO ACIDENTE:<br><i>14h20</i>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| LOCAL ONDE OCORREU:<br><i>Quadra</i>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:<br><i>Em aula de Ed. Física, jogando basquete e a bola bateu no dedo anelar esquerdo.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| NOME: <i>Geneci</i>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TELEFONE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |
| NOME: <i>Marsele</i>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TELEFONE: <i>997806576</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| 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 Júlia da Costa, 1447 / Bigorriño / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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





CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2496158000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                                                                                                            |  |                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                                                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2496158                                               |  |
| 4 - Data de Autorização<br>31/07/2018                                                            |  | 5 - Senha<br>2496158                                                                                                                                       |  | 6 - Data de Validade da Senha<br>2496158                                                             |  |
| 8 - Número da Carteira<br>ADVENTISTA                                                             |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2018                                                                                                                     |  | 10 - Nome<br>BRUNA MUHLSTEDT TEIXEIRA                                                                |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                                               |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARIA TERESA RESNAUER TAQUES                            |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                                            |  | 17 - Número no Conselho<br>10470                                                                     |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                    |  | 19 - Código CBO<br>225124                                                                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                          |  |
| 21 - Cartão de Atendimento<br>2                                                                  |  | 22 - Data da Solicitação<br>31/07/2018                                                                                                                     |  | 23 - Indicação Clínica                                                                               |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição<br>ou Item Assistencial             |  | 27 - Ql. Solic.<br>28 - Ql. Autoriz.                                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                                               |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                                            |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                                                                                |  | 34 - Tipo de Consulta                                                                                |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                       |  | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 31/07/2018 18:25 18:25 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 40.72 |  |
| 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\$)<br>40.72                                                       |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                                               |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                   |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>40.72                                                                  |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                            |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                       |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |  |                                                                                                                                                            |  |                                                                                                      |  |





|                                                          |                                                            |                                             |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                    | 2 - Número da Guia Principal                               | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 4 - Data da Autorização                                  | 5 - Senha                                                  | 6 - Data Validade da Senha                  |
| Dados do Beneficiário                                    |                                                            |                                             |
| 8 - Número da Carteira                                   | 00000000000000                                             | 9 - Validade da Carteira                    |
| Dados do Solicitante                                     |                                                            |                                             |
| 13 - Código na Operadora                                 | 76591569000130                                             | 14 - Nome do Contratado                     |
| ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO        |                                                            |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                    | MARIA TERESA RESNAUER TAQUES                               | 16 - Conselho Profissional                  |
| 6                                                        |                                                            |                                             |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                                                            |                                             |
| 21 - Caracter. Atendim.                                  | 22 - Data da Solicitação                                   | 23 - Indicação Clínica                      |
| 2                                                        | 31/07/2018                                                 |                                             |
| 24 - Tabela                                              | 25 - Código do Procedimento                                | 26 - Descrição                              |
| 1                                                        | 22                                                         | 409C1012                                    |
| RX - Crânio - 2 incidências                              |                                                            |                                             |
| 27 - Qtde. Solic.                                        |                                                            |                                             |
| 1                                                        |                                                            |                                             |
| 28 - Qtde. Aut.                                          |                                                            |                                             |
| 1                                                        |                                                            |                                             |
| 29 - Código na Operadora                                 |                                                            |                                             |
| 30 - Nome do Contratado                                  |                                                            |                                             |
| ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO        |                                                            |                                             |
| Dados do Atendimento                                     |                                                            |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento                                    | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada) | 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                             |
| 1- / /                                                   | 1- / /                                                     | 1- / /                                      |
| 2- / /                                                   | 2- / /                                                     | 2- / /                                      |
| 3- / /                                                   | 3- / /                                                     | 3- / /                                      |
| 4- / /                                                   | 4- / /                                                     | 4- / /                                      |
| 5- / /                                                   | 5- / /                                                     | 5- / /                                      |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |                                                            |                                             |
| 48 - Seq. Ref.                                           | 49 - Grau Part.                                            | 50 - Código na operadora/CPF                |
| 1- / /                                                   | 1- / /                                                     | 1- / /                                      |
| 2- / /                                                   | 2- / /                                                     | 2- / /                                      |
| 3- / /                                                   | 3- / /                                                     | 3- / /                                      |
| 4- / /                                                   | 4- / /                                                     | 4- / /                                      |
| 5- / /                                                   | 5- / /                                                     | 5- / /                                      |
| 51 - Nome do Profissional                                |                                                            |                                             |
| 52 - Cons. Profissional                                  |                                                            |                                             |
| 53 - Número no Conselho                                  |                                                            |                                             |
| 54 - UF                                                  |                                                            |                                             |
| 55 - Código CBO                                          |                                                            |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série        |                                                            |                                             |
| 1- / /                                                   | 1- / /                                                     | 1- / /                                      |
| 2- / /                                                   | 2- / /                                                     | 2- / /                                      |
| 3- / /                                                   | 3- / /                                                     | 3- / /                                      |
| 4- / /                                                   | 4- / /                                                     | 4- / /                                      |
| 5- / /                                                   | 5- / /                                                     | 5- / /                                      |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |                                                            |                                             |
| 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\$)                     |                                                            |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)                                   |                                                            |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização          |                                                            |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |                                                            |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                            |                                                            |                                             |



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

|                                                  |                                  |  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| Prontuário: 86405                                | Pedido: 758484                   |  |
| Paciente: BRUNA MUHLSTEDT TEIXEIRA               |                                  |  |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA                     |                                  |  |
| Médico Solicitante: MARIA TERESA RESNAUER TAQUES | Data Pedido: 31/07/2018 18:25:00 |  |
|                                                  | Data Laudo: 01/08/2018 10:34:08  |  |

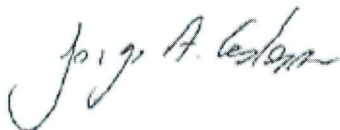
### RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA  
CRM: 5962





# Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

## Clínica Adventista de Curitiba

### AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

*Bruna M. Teixeira*

Nº DA MATRÍCULA:

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

*Colégio Adventista Portão*

TELEFONE:

*3051-8680*

ENDEREÇO:

*Faz. Gaspar M. de Deus*

CIDADE:

*GR*

UF:

*PR*

DATA DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DO ACIDENTE:

*31/07/18*

HORÁRIO DO ACIDENTE:

*15h50*

LOCAL ONDE OCORREU:

*Sala*

- ☐ 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?

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

*A aluna estava brincando, caiu e  
bater a cabeça.*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Marcelly*

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

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

*X Erico Mikellott*





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 2489139000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

24891390

456133

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira  
2334349

9 - Validade da Carteira  
31/12/2018

10 - Nome  
KAMILY ARAUJO PISKE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM  
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora  
76591569000130

14 - Nome do Contratado  
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante  
ISABEL ZIESEMER COSTA

16 - Conselho Profissional  
6

17 - Número no Conselho  
36456

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
24/07/2018

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cl. Solic.  
28 - Cl. Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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 - Inicial 38 - Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 24/07/2018 16:29 22 40903090 RX - COTOVELO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1,0 38,04 38,04

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

48 - Sg. Reg. 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\$)  
38,04

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)  
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)  
0,00

62 - Total de OPMs (R\$)  
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
0,00

65 - Total Geral (R\$)  
38,04

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 - SPISADT

2. Nº de Inscrição

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 para Operadora                 |  |
| 8 - Número da Carteira                                                                           |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  |
| 10 - Nome                                                                                        |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                               |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                                            |  | 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 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |
| 22 - Data da Solicitação                                                                         |  | 23 - Indicação Clínica                                      |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial            |  |
| 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Data de Solic.                                         |  |
| 28 - Data de 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 - Cide                                                                                        |  | 43 - Via                                                    |  |
| 44 - Tec.                                                                                        |  | 45 - Fator Red./Acrusc.                                     |  |
| 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 OME (R\$)                                     |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                 |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                                           |  | 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |  | 68 - Assinatura do Contratado                               |  |



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 455306 Pedido: 756133

Paciente: **KAMILY ARAUJO PISKE**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ISABEL ZIESEMER COSTA

Data Pedido: 24/07/2018 16:29:00

Data Laudo: 24/07/2018 17:41:52

### RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinal do coxim gorduroso anterior e posterior.

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.



**MARCO ANTONIO SANDRIN**  
CRM: 24401



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kamily Araujo Piske



Nº da guia: 161

Nº da carteirinha: 2.33.4349

Data Nascimento: 20/08/2009

Escola: Colégio Adventista São José dos  
Pinhais - EIEFM

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-----------|
| 24/07/2018         | 14:26:00 | Quadra | Chegada   |

O que aconteceu

Tropeçou em uma Mochila

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

Na hora da chegada, a aluna foi brincar e tropeçou na mochila da colega.

Testemunha da ocorrência

Neuza

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Joisse

Data

24/07/2018

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Atendimento no próprio  
estabelecimento

Observações

Contato com a Clínica Adventista e o Pai.

Assinatura:

*Joisse Lobo*  
Joisse Lobo

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 - Bigorrião - 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/ISADT**

**2 - Nº Guia no Prestador 2494043000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
30/07/2018

5 - Senha

2494043000

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
2494043000

8 - Número da Carteira  
00000000000000

9 - Validade da Carteira  
31/12/2018

10 - Nome

KAMILLY ARAUJO PISKE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

13 - Código da Operadora  
76591569000130

14 - Nome do Contratado  
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante  
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional

26551

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225270

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento  
1

22 - Data da Solicitação  
30/07/2018

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

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

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 30/07/2018 08:10 08:10 22 40803090 RX - CORVOVELO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 38.04 38.04

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
38.04

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)  
0.00

62 - Total de OPM (R\$)  
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)  
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  
0.00

65 - Total Geral (R\$)  
38.04

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado





1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

00000000000000

9 - Validade da Carteira

31/12/2018

10 - Nome

KAMILY ARAUJO PISKE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

26551

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

30/07/2018

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

ou Item Assistencial

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)

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 30/07/2018 08:10 22 40803090 RX - COTOVELO

42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

38.04

38.04

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 - / /

10 - / /

2 - / /

4 - / /

6 - / /

8 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

38.04

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\$)

38.04

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado









## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 455306      Pedido: 757680  
Paciente: **KAMILY ARAUJO PISKE**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

Data Pedido: 30/07/2018 08:10:00  
Data Laudo: 30/07/2018 14:25:05

### RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

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.



**MARCO ANTONIO SANDRIN**  
CRM: 24401



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Kamily Araujo Piske

**Nº da guia:** 172

**Nº da carteirinha:** 2.33.4349

**Data Nascimento:** 20/08/2009

**Escola:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-----------|
| 30/07/2018         | 09:00:00 | Quadra | Chegada   |

| O que aconteceu     | Partes do corpo   |
|---------------------|-------------------|
| Tropeçou na mochila | Cotovelo Esquerdo |

| Descrição                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna na hora da chegada foi brincar e tropeçou na mochila na colega, machucou o cotovelo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Neuza                    | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Joisse Lobo                     | 30/07/2018 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

| Observações                                |
|--------------------------------------------|
| Contato com os pais e a Clínica Adventista |

Assinatura: \_\_\_\_\_

Joisse Lobo

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

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