

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro

CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Banco:

Agência:

Conta:

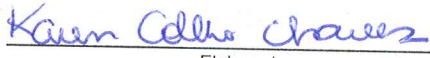
Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	1.277,50	Pag. NF 310710 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP - ASP

Total Geral

1.277,50

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



Elaborado por:
Karen Coelho Chaves



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

RPS nº. 311890, Série: U, emitido em 10/08/2018, conversão em 10/08/2018

Número da Nota

310710

Data e Hora de Emissão

10/08/2018 09:38:23

Código de Verificação

WMJIU50R

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRAS DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: Curitiba **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.277,50

10 AGO. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.277,50

Código da Atividade

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	1.277,50	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO

Relatório	Cobrança	Data	Página
RELATÓRIO COBRANÇA	257	10/08/2018	1 / 1

Conferência Cobrança

Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Misma Via	Outra Via	Bilateral	Tipo
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	257		10/08/2018	10/09/2018	0%	50,00%	70,00%	70,00%	DATA DA PRODUÇÃO

Boletins														
Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Início	For Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa Valor
2457451 18.08.02067	2457451	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (39669 - AMANDA GINANI ANTUNES			26/06/2018 15:13	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	U	N	C	0,00 30,00 100,00 156,50
2426186 18.08.02067	2426186	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN		2324498	30/05/2018 15:36	NÃO NÃO	SIM	30711010 10101039	01A	U	N	C	0,00 30,00 100,00 110,50
24339088 18.08.02067	24339088	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (23173 - ANDRE MARCELO OKURA			11/06/2018 20:13	NÃO SIM	SIM	10101039		U	N	C	30,00 130,00 130,00
2501674 18.08.02067	2501674	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (10668 - EMMA LOUISE STELLFELD		373351	06/08/2018 15:07	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00 100,00 100,00
2406108 18.08.02067	2406108	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO			15/05/2018 14:29	NÃO NÃO	SIM	30711037 10101039	01A	U	N	C	0,00 30,00 100,00 110,50
2460249 18.08.02067	2460249	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI			28/06/2018 14:27	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00 100,00 100,00
2409087 18.08.02067	2409087	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI			17/05/2018 11:24	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00 100,00 100,00
2496153 18.08.02067	2496153	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (10470 - MARIA TERESA RESNAUER TAQUES			31/07/2018 18:09	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00 100,00 100,00
2501345 18.08.02067	2501345	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DR. RAUL (5300 - TANIA MARA SCHINZEL			06/08/2018 12:16	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00 100,00 100,00

Total	Produção	Retenção	Taxa	Valor
Boletins	1007,50		270,00	1277,50
0				

2 - N° Guia no Prestador 2501345000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 06/08/2018	10 - Nome BRUNA LAUTERT WOLFF	11 - Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário				
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante TANIA MARA SCHINZEL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5300	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Cartão Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 06/08/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 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 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Ser. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Total (R\$) 30.00	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				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruna Lautert Wolff

Nº da guia: 217

Nº da carteirinha: 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	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição
A aluna escorregou na arquibancada e bateu a nuca .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Merilyn	(41) 99784-6215

Quem prestou primeiros socorros	Data
Merilyn	06/08/2018

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

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

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 - Bigorrilho - 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 - N° Guia no Prestador 2501674000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cardão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 06/08/2018	10 - Nome EVELYN CRISTINA CANOFRE		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 373351	14 - Nome do Contratado				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante EMMA LOUISE STELLFELD	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10668	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 06/08/2018	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
31 - Tipo Atendimento 11	32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	33 - Tipo de Consulta 2	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
35 - Data 15/07	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 10:10:39	40 - Procedimento consulta	41 - Descrição	42 - Qide 15:07	43 - Via 10:10:39
44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)					
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
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 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 30.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

ACESSOPRD Data/Hora: 06/08/2018 15:16:15

Conta/Lote: 1334202

Atendimento: 2501674

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1334202

1 / 1

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	Atividade
06/08/2018	13:59:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aula de Handebol o aluno bateu quando estava de costas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Ivanildo	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ivanildo	06/08/2018

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

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

Assinatura: _____


Cristiano Alexandro Rank
Diretor Adj. Atd. 2458/18

Cristiano Alexandro 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



CS 423 10470



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Bruna M. Teixeira</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Portão</i>		TELEFONE: <i>3051-8680</i>	
ENDEREÇO: <i>Estrada Gargam m. de Deus</i>		CIDADE: <i>CTBA</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>31/01/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☒ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☒ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>15:150</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Sala</i>			

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2406108000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2406108000000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome LUCAS BORGES METSGER	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000		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	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante João Caetano Munhoz Abd.		21 - Assinatura do Contratado João Caetano Munhoz Abd.		22 - Data da Solicitação 15/05/2018		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.		31 - Código CNES 15563	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 15/05/2018		37 - Hr. Inicial 14:29		38 - Hr. Final 14:29		42 - Qtde. 001	
39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		46 - Valor Unitário 100,00	
43 - Via 30701037		44 - Têc. 10,30		45 - Fator R/Acr 10,30		47 - Valor Total 10,30	
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\$)		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 Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: LUCAS BORGES METSGER	Data Nasc: 31/03/2011	Idade: 7 Anos 1 Mês 19 Dias	SEXO: Masculino
Nome Mãe: DIRCE ALVES BORGES	Nome Pai: RODRIGO LUIS METSGER	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA FREDERICO STELLA	Número: 358	Complemento: CASA 105	
Cidade: CURITIBA	Bairro: CACHOEIRA	CEP: 82710412	UF: PR

CODIGO 0000125834

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002406108
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 0000000	
Data/Hora: 15/05/2018 - 14:29	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 4130897171		
Responsável: JULIAO RODRIGO DA CRUZ		Grau de Parentesco: AMIGO (A)	

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

PCTE REFERE QUEDA DE MESMO NÍVEL COM DOR NO COTOVELO ESQUERDO.

Exame Físico

PRONO-SUPINAÇÃO LIVRE E INDOLOR, AUSENCIA DE AUMENTO DE VOLUME, FLEXO-EXTENSAO COM DOR LEVE.

Diagnóstico

RX SEM SINAIS DE FRATURA
CONTUSAO DO COTOVELO.

Tratamento/Conduta

TALA + RETORNO 1 SEMANA
ORIENTAÇÕES
AINE + ANALGESICO
RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO

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

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM: 26551 - TEOT: 13

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 19/05/2018

Página: 1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: LUAS BORGES METSGEN		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COLEGIO CURITIBANO ADVENTISTA DO BOM RETIRO		TELEFONE:	
ENDEREÇO: RUA LYSIMACO FERREIRA DA COSTA, 980		CIDADE: CURITIBA	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 15/05/2018	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 11:30			
LOCAL ONDE OCORREU: CHACARA DO TIO MIAO			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: TEVE UMA QUEDA E CAIU SOBRE O BRAÇO.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: COORDENADORA ANA PAULA		TELEFONE: 99941-2890	
NOME: JOSEMINA SILVA DE SOUZA SILVEIRA		TELEFONE: 997741171	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? PROFESSORA E COORDENADORA			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: 15/05/2018			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: PEQUENO PRÍNCIPE			
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 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2426186000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2426186000000	6 - Data de Validade da Senha 85	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 85	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 30/05/2018	5 - Senha 85	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA ROLANDI	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2324498	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	16 - Conselho Profissional 6
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/05/2018	23 - Indicação Clínica	17 - Número no Conselho 21395	18 - UF 41
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 30/05/2018 15:36 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
2 30/05/2018 15:36 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 54.00 54.00				
001 1.0 10.50 10.50				
54.00 100.00				
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\$) 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\$)				
64.50 0.00 0.00 0.00 0.00 64.50				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado				



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA ROLANDI Data Nasc: 22/01/2002 Idade: 16 Anos 4 Meses 14 Dias Sexo: Feminino **CODIGO 0000447915**
Nome Mãe: VIVIANE DE OLIVEIRA ROLANDI Nome Pai: CLEBER EDUARDO ROLAN CNS do Paciente:
Endereço: RUA BOM PASTOR Número: 381 Complemento: BL 10 AP 04
Cidade: CURITIBA Bairro: ALTO BOQUEIRAO CEP: 81720310 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA CRM: 21395 **CODIGO 0002426186**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Data/Hora: 30/05/2018 - 15:36 Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA Matrícula: 2324498
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: VIVIANE DE OLIVEIRA ROLANDI Telefone: 996408682 Grau de Parentesco: AMIGO (A)

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

TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO DURANTE PARTIDA DE VÔLEI. QUEIXA DE DOR LOCAL

Exame Físico

DOR E AUMENTO DE VOLUME NA REGIÃO MTC FALANGICA DO POLEGAR ESQUERDO

Diagnóstico

RX NORMAL
CONTUSAO DE POLEGAR

Tratamento/Conduta

TALA + RETORNO 1 SEMANA.
ORIENTAÇÕES
AINE + ANALGESICO
RETORNO IMEDIATO SE NECESSÁRIO.

ANA LAURA CUNHA
CRM PR 21395

Medico(a): ANA LAURA LOYOLA
MUNHOZ DA CUNHA
CRM: 21395

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembagador Motta, 1070 - Curitiba . PR . Brasil - CEP 80.250-060 - tel.: +55 41 3310.1010 - www.pequenoprincipe.org.br

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 05/06/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Eduarda de Oliveira Rolandi

Nº da guia: 85

Nº da carteirinha: 2.32.4498

Data Nascimento: 22/01/2002

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2018	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aula de educação física, a bola de vôlei bateu no dedo levando-o p/ trás mais do normal,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Maria,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor,,	30/05/2018

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

Observações
Santê veio ao local e foi encaminhada p/ exames de imagens, a mãe mesmo levou,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

30/05/2018

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

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

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

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

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

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



Total (R\$)

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: BRIAN HENDERSON ALMEIDA PEREIRA	Data Nasc: 16/01/2010	Idade: 8 Anos 5 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: DEBORA MARLI ALMEIDA PEREIRA	Nome Pai: EDERSON PEREIRA	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA REI DAVID	Número: 281	Complemento: CASA 8	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SANTA CANDIDA	CEP: 82640460	UF: PR

CODIGO 0000451420

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES	CRM: 39669	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 0000000
Data/Hora: 26/06/2018 - 11:39	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	
Responsável: DEBORA MARLI ALMEIDA PEREIRA		Grau de Parentesco: AMIGO (A)

CODIGO 0002457451

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DA PROPRIA ALTURA, COM FERIMENTO CORTOCONTUSO EM COURO CABELUDO. SEM PERDA DE CONSCIENCIA, SEM NAUSEAS OU VOMITOS.

Exame Físico

BEG, COLABORATIVO, ORIENTADO, ATIVO
FCC APROX 0,5CM EM COURO CABELUDO

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA
COLA CIRURGICA
ORIENTO CUIDADOS COM FERIDA
ORIENTO SOBRE SINTOMAS NEUROLÓGICOS DE ALARME

Dr. Amanda Ginani
Médica
CRM-PR 39669

Medico(a): AMANDA GINANI
ANTUNES CRM: 39669

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Brian Henderson Almeida Pereira

Nº da guia: 136

Nº da carteirinha: 3.34.1777

Data Nascimento: 16/01/2010

Escola: Escola Adventista Santa Efigênia-EIEF



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2018	10:16:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
O aluno caiu da cadeira batendo a cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rosilene Ribeiro de Almeida	41 99698-4881

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rosilene Ribeiro de Almeida	26/06/2018

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

Observações
A família levará o aluno para fazer avaliação.

Assinatura:

Larissa Barbara Floriano

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

6205039 Consulta

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: JOAS TEIXEIRA CAMARGO	Data Nasc: 09/01/2005	Idade: 13 Anos 5 Meses 19 Dias Sexo: Masculino
Nome Mãe: VANIR TERESINHA DE FARIA TEIXEIRA	Nome Pai: MARCO PEREIRA CAMARGO	CNS do Paciente:
Endereço: RODOVIA BR-116 - DE 12236/12237 A	Número: 15480	Complemento: APTO 801 TORRE 3
Cidade: CURITIBA	Bairro: FANNY	CEP: 81690200 UF: PR

CODIGO 0000451720

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI	CRM: 27706	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 000000000
Data/Hora: 28/06/2018 - 12:41	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	
Responsável: VANIR TERESINHA DE FARIA TEIXEIRA		Grau de Parentesco: AMIGO (A)

CODIGO 0002460249

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

TRAUMA TORSIONAL DE TORNOZELO

Exame Físico

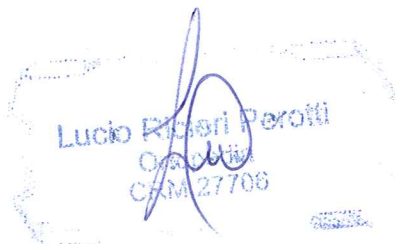
DOR E EDEMA EM ML
RX SME SINAIS DE FRATURA

Diagnóstico

ENTORSE

Tratamento/Conduta

ALTA + ANALGESIA + RETORNO SE NECESSÁRIO



Lucio Ricieri Perotti
CRM 27706

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI

CRM: 27706

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 28/06/2018

Página: 1

*Obs: Com guia de encaminhamento
onco e conto.*

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.

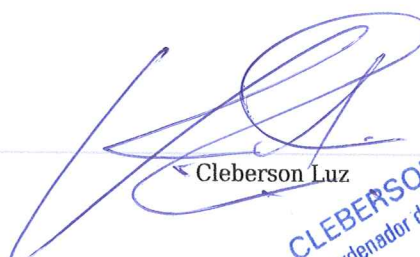
Testemunha da ocorrência	Telefone
Andressa	(99) 756-1532

Quem prestou primeiros socorros	Data
Andressa	28/06/2018

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

Observações
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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.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 24090870000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24090870000000	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DE MELLO ELEOTEIO				
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 000000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/05/2018	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 59	30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI	31 - Código CNES 15563				
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 17/05/2018 11:24 11:24	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 100,00				
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\$)						
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\$) 100,00						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GABRIEL HENRIQUE DE MELLO
Nome Mãe: VANESSA DE MELLO ELEOTERIO
Endereço: RUA WANDA DOS SANTOS MALLMANN - AT
Cidade: PINHAIS

Data Nasc: 06/04/2005
Nome Pai: HENRIQUE ELEOTERIO N
Número: 1266
Bairro: CENTRO

Idade: 13 Anos 1 Mês 15 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 83323400 UF: PR

CODIGO 0000445689**DADOS DO ATENDIMENTO**

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 17/05/2018 - 11:24

CRM: 27706
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 35510584

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 000000000

CODIGO 0002409087

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: HENRIQUE ELEOTERIO NETO

Grau de Parentesco: AMIGO (A)

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

QUEDA DE MESMO NIVEL, COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO
VEM COM DOR LOCAL E DIFICULDADE DE MOBILIZACAO
SEM HISTORICO DE ALERGIAS

Exame Físico

SERM ALTERACOES ECTOSCOPICAS
DOR EM UMIRO PROXIMAL E EM ACROMIO CLAVICULAR
ADM OK, COM DOR

Diagnóstico

LAC 1

Tratamento/Conduta

TIPOIA
ANALGESICO
GELO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL PATRA CONTROLE

Lucio Ricieri Perotti
Ortopedia
CRM 27706

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 21/05/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Henrique de Mello Eleotério

Nº da guia: 61

Nº da carteirinha: 2.78.5

Data Nascimento: 06/04/2005

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/05/2018	09:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Esquerdo, Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava na aula de educação física jogando handebol quando sofreu um choque com o colega, houve queda de mesmo nível, caindo sobre o braço e machucando o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thalita (monitora)	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thalita (monitora) e Erik	17/05/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno está com dor intensa no ombro esquerdo, e com ferimento no dedo. Procedimento: aplicado gelo local e gelol. Os pais foram comunicados do incidente ocorrido.

Assinatura: Geisa m. e. Santos
Geisa Matos Casimiro dos Santos

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

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2439080000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2439080000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome REBECCA FERNANDES JESINSKI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 23173	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/06/2018	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	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 11/06/2018	37 - Hr. Inicial 20:13	38 - Hr. Final 20:13	39 - Tabela 22
40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 30% 130,00			
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\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPMs (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			



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: REBECCA FERNANDES JESINSKI	Data Nasc: 06/07/2011	Idade: 6 Anos 11 Meses 6 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: MICHELLE FERNDEN JASINSKI	Nome Pai: EDNEI JASINSKI	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA JOSE JULIANO AYRES	Número: 206	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: ALTO BOQUEIRAO	CEP: 81770130	UF: PR

CODIGO 0000449328

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA	CRM: 23173	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 00000
Data/Hora: 11/06/2018 - 20:13	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 32039291	
Responsável: MICHELLE FERNDEN JASINSKI		Grau de Parentesco: AMIGO (A)

CODIGO 0002439088

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE SOFRE QUEDA DE APROXIMADAMENTE 1 METRO DE ALTURA COM O COTOVELO DIREITO JUNTO AO CORPO.
MÃE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exame Físico

SEM AUMENTO DE VOLUME
ADM ATIVA PRESERVADA
SEM DOR À PALPAÇÃO DO COTOVELO
DOR À PALPAÇÃO DO TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO DIREITO
SEM DEFORMIDADE OU EQUIMOSE

Diagnóstico

CONTUSAO DO ANTEBRAÇO

Tratamento/Conduta

ALIVIO + NOVALGINA
ORIENTO GELO LOCAL
ORIENTO RETORNO SE NECESSARIO



Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA
CRM: 23173

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 12/06/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebecca Fernandes Jasinski

Nº da guia: 100

Nº da carteirinha: 3.7.7387

Data Nascimento: 06/07/2011

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2018	17:18:00	Playground (Ex.: parquinho)	Parquinho 1ª aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição
Ela caiu no escorregador, aula prof. Angela

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitara Andressa	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitara Andressa	11/06/2018

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

Observações
O Plus Santé não veio até o local

Assinatura: _____

Cristiano Alexandro Rank
Diretor Adm. Ato 1456/18

Cristiano Alexandro 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