



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	832,02	Pag. NF 313928 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP - ACP

Total Geral

832,02

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 12/09/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 315150, Série: U, emitido em 10/09/2018, conversão em 10/09/2018

Número da Nota

313928

Data e Hora de Emissão

10/09/2018 00:00:00

Código de Verificação

ZGBBIC0Z

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\$ 832,02

10 SET 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$832,02

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	832,02	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: 111394 Competência: 09/2018
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Entrega: 10/09/2018



Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
09/08/2018	09/08/2018	2505356000		1335766	2505356	EDUARDO MARTINEZ MACHA000	
09/08/2018	09/08/2018	2505845000		1336013	2505845	EROS CAUA SILVA CUNHA 0000000	42,72
22/08/2018	22/08/2018	2520029000		1342864	2520029	HENRIQUE PEDROSO RODRIG000	89,40
08/08/2018	08/08/2018	2504136000		1335209	2504136	ISAQUE DUBINSKI GONCALVE:0000000000000	38,04
27/08/2018	27/08/2018	2525377000		1345527	2525377	JULIANA TEOFILO DOS SANTO0000000000000000	42,60
13/08/2018	13/08/2018	2508329000		1337408	2508329	KAMILY ARAUJO PISKE 00000000000000	123,07
23/08/2018	23/08/2018	2521396000		1343466	2521396	MARIA CLARA FREITAS BATIS10000	38,04
15/08/2018	15/08/2018	2512134000		1339055	2512134	NIKOLAS HENRIQUE FITZ DE C123456	77,68
20/08/2018	20/08/2018	2517309000		1341654	2517309	PAULO MENEGUETE DE OLIVE000	40,72
17/08/2018	17/08/2018	2514035000		1339837	2514035	SAMUEL DE BRITO PEREIRA 0000000000000	38,04
07/08/2018	07/08/2018	2503030000		1334765	2503030	SAMUEL SERGIO FRANCA SOL0000000	39,64
23/08/2018	23/08/2018	2521103000		1343275	2521103	SARAH KETHELly OLIVEIRA D 00000	39,64
24/08/2018	24/08/2018	2522401000		1343851	2522401	THIAGO NATAL ALVES PEREIR363000	38,04
08/08/2018	08/08/2018	2504518000		1335441	2504518	VINICIUS DA SILVA ROSA STA1000	84,22
Total : 14							832,02
Total Geral : 14							832,02

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 09/08/2018		2505356000		2505356000		2505356000		2505356000		N	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
000				31/12/2018		EDUARDO MARTINEZ MACHADO					
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
76591569000130				ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		DANIEL DURANTE FERREIRA BRAGA		6		37579	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
		2		09/08/2018							
Dados do Contratado Executante		28 - Código na Operadora		29 - Nome do Contratado		30 - Código CBO		31 - Código CNES			
76591569000130				ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		41		225270		15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
11		9									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Procedimento	
1 09/08/2018 12:03		22		40803058		RX - OMOPLATA OU ESCAPULA		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		42.72 42.72	
58 - Observação / Justificativa		1.0									
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora / CPF		51 - Nome do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Profissional		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.								0.00		0.00	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		42.72		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		0.00		61 - Total de Materiais (R\$)		0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$)		0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		0.00	
65 - Total Geral (R\$)		42.72		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - Nº Guia no Prestador 2505356000000

Folha: 1 / 1

2505356 761684.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2505356	6 - Data de Validade da Senha 2505356	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2505356	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 09/08/2018	8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome EDUARDO MARTINEZ MACHADO	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 DANIEL DURANTE FERREIRA BRAGA					
16 - Conselho Profissional 6					
17 - Número no Conselho 37579					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225270					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 2					
22 - Data da Solicitação 09/08/2018					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição					
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.					
29 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
30 - Código na Operadora 76591569000130					
31 - Código CNES 15563					
32 - Tipo Atendimento 11					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
34 - Tipo de Consulta 9					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 09/08/2018 12:03 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.72 42.72					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - C6d 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\$) 42.72					
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\$) 42.72					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentença

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

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

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 - 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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 243798 Pedido: 761684
Paciente: **EDUARDO MARTINEZ MACHADO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: DANIEL DURANTE FERREIRA BRAGA

Data Pedido: 09/08/2018 12:03:00
Data Laudo: 10/08/2018 11:48:50

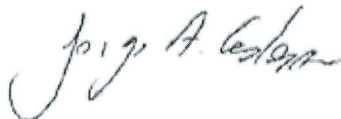
RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduardo Martinez Machado

Nº da guia: 237

Nº da carteirinha: 3.7.7190

Data Nascimento: 17/07/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2018	10:22:00	Ginásio	Aula de educação física

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

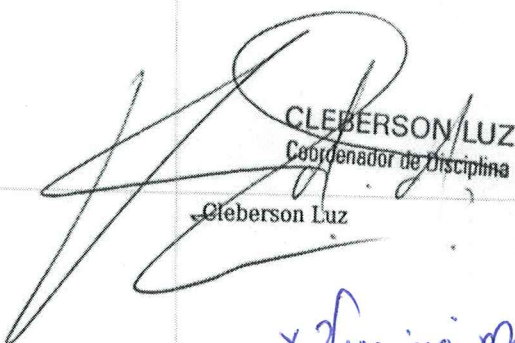
Descrição
O aluno caiu em cima do ombro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jeferson Turibio	(30) 51-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jeferson	09/08/2018

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
O aluno sente muita dor no Ombro.

Assinatura: 
CLEBERSON/LUZ
Coordenador de Disciplina
Cleberson Luz

X Luquiza Machado

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2505845000	6 - Data de Validade da Senha 2505845000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2505845000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N																																				
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome EROS CAUA SILVA CUNHA																																						
8 - Número da Carteira 0000000	13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																																							
15 - Nome do Profissional Solicitante FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 7381	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124																																				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																								
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/08/2018	23 - Indicação Clínica																																								
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.																																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados do Contratado Executante</td> <td colspan="2">30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</td> <td colspan="2">31 - Código CNES 15563</td> </tr> <tr> <td colspan="2">29 - Código na Operadora 76591569000130</td> <td colspan="2">32 - Tipo Atendimento 05</td> <td colspan="2">33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9</td> </tr> <tr> <td colspan="2">34 - Tipo de Consulta</td> <td colspan="2">35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																					
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563																																						
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9																																						
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</td> <td colspan="2">42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td>36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>1 09/08/2018 17:42 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>2 09/08/2018 17:42 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>44.64</td> </tr> <tr> <td></td> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>44.76</td> </tr> </table>							Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				1 09/08/2018 17:42 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS				2 09/08/2018 17:42 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE					001	1.0	44.64		001	1.0	44.76												
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total																																								
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição																																										
1 09/08/2018 17:42 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS																																										
2 09/08/2018 17:42 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE																																										
	001	1.0	44.64																																							
	001	1.0	44.76																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</td> <td colspan="2">52 - Conselho Prof</td> <td colspan="2">53 - Número no Conselho</td> <td colspan="2">54 - UF</td> <td colspan="2">55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>							Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional																									
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO																																		
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="2">58 - Observação / Justificativa</td> <td colspan="2">59 - Total de Procedimentos (R\$)</td> <td colspan="2">60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td colspan="2">61 - Total de Materiais (R\$)</td> <td colspan="2">62 - Total de OPME (R\$)</td> <td colspan="2">63 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td colspan="2">64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> <td colspan="2">65 - Total Geral (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">89.40</td> <td colspan="2">0.00</td> <td colspan="2">0.00</td> <td colspan="2">0.00</td> <td colspan="2">0.00</td> <td colspan="2">0.00</td> <td colspan="2">89.40</td> </tr> </table>							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\$)		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				89.40		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		89.40	
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\$)																										
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				89.40		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		89.40																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</td> <td colspan="2">67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="2">68 - Assinatura do Contratado</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																															
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																																						





2 - N° Guia no Prestador 2505845000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2505845		6 - Data de Validade da Senha 2505845		7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 2505845		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 0000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome EROS CAUA SILVA CUNHA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 7381		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/08/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		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\$) 89.40		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\$) 89.40		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	

CLINICA HDE-UTISTA DE CURITIBA

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

SECTOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

2 - Nº de Convênio

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Nome do Contratado			
Dados do Solicitante						
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
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela			
1 -	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.			
2 -	28 - Qtd. Aut.	29 - Nome do Contratado				
3 -	30 - Nome do Contratado					
4 -	31 - Código CNES					
5 -	32 - Tipo de Atendimento					
Dados do Atendimento						
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via
1 -	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.
2 -	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
3 -	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
4 -	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
5 -	58 - Observação / Justificativa					
6 -	59 - Total de Procedimentos (R\$)					
7 -	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)					
8 -	61 - Total de Materiais (R\$)					
9 -	62 - Total de OPME (R\$)					
10 -	63 - Assinatura do Responsável ou Autorização					
64 - Total de Medicamentos (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: 457176 Pedido: 761858
Paciente: **EROS CAUA SILVA CUNHA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR

Data Pedido: 09/08/2018 17:42:00
Data Laudo: 10/08/2018 11:13:24

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.

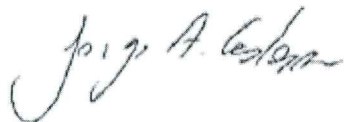
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

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: Eros Cauã Silva Cunha



Nº da guia: 238

Nº da carteirinha: 3.6.6439

Data Nascimento: 28/06/2004

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2018	16:06:00	Quadra	Treino de hóquei

O que aconteceu

Batida com o taco

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno estava no treino de hóquei, o colega foi rebater a bola, levantou o taco e acertou o rosto do aluno Eros.

Testemunha da ocorrência

Jean (treinador)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Diego (monitor)

Data

09/08/2018

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

Foi colocado gelo no local e pomada hirudoid.

Assinatura:

Vladimir De Jesus Ferreira Machado

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2520029000	6 - Data de Validade da Senha 2520029000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2520029000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N																																																																						
4 - Data de Autorização 22/08/2018	8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NASCIMENTO																																																																									
Dados do Beneficiário																																																																												
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																																																																										
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL ALMEIDA DO VALLE		16 - Conselho Profissional 6																																																																										
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2018		17 - Número no Conselho 35453		18 - UF 41																																																																						
23 - Indicação Clínica		19 - Código CBO 225112		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																																																								
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.																																																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados do Contratado Executante</td> <td colspan="2">30 - Nome do Contratado</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">29 - Código na Operadora 76591569000130</td> <td colspan="2">ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dados do Atendimento</td> <td colspan="2">34 - Tipo de Consulta</td> <td colspan="3">35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</td> </tr> <tr> <td colspan="2">32 - Tipo Atendimento 11</td> <td colspan="2">33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9</td> <td colspan="3">31 - Código CNES 15563</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 22/08/2018 17:46 22</td> <td colspan="5">42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">001 1.0 38.04</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">RX - MÃO OU QUIRODACTILO</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado					29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		31 - Código CNES 15563			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 22/08/2018 17:46 22</td> <td colspan="5">42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">001 1.0 38.04</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">RX - MÃO OU QUIRODACTILO</td> </tr> </table>							Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição							1 22/08/2018 17:46 22		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total							001 1.0 38.04							RX - MÃO OU QUIRODACTILO				
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado																																																																										
29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																																																																										
Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																																																								
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		31 - Código CNES 15563																																																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 22/08/2018 17:46 22</td> <td colspan="5">42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">001 1.0 38.04</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="5">RX - MÃO OU QUIRODACTILO</td> </tr> </table>							Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição							1 22/08/2018 17:46 22		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total							001 1.0 38.04							RX - MÃO OU QUIRODACTILO																																							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																																																																												
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição																																																																												
1 22/08/2018 17:46 22		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total																																																																										
		001 1.0 38.04																																																																										
		RX - MÃO OU QUIRODACTILO																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</td> <td colspan="5">52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">58 - Observação / Justificativa</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04</td> <td colspan="2">60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00</td> <td colspan="2">61 - Total de Materiais (R\$) 0.00</td> <td>62 - Total de OPME (R\$) 0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</td> <td colspan="2">67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="2">63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00</td> <td>64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">65 - Total Geral (R\$) 38.04</td> <td>68 - Assinatura do Contratado</td> </tr> </table>							Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional							<table border="1"> <tr> <td colspan="2">56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">58 - Observação / Justificativa</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>							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	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					65 - Total Geral (R\$) 38.04		68 - Assinatura do Contratado							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO																																																																										
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional																																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">58 - Observação / Justificativa</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>							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																																																							
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																																																																						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00																																																																						
				65 - Total Geral (R\$) 38.04		68 - Assinatura do Contratado																																																																						



2520029 466 533

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 22/08/2018	5 - Senha	ADVENTISTA	ADVENTISTA		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NASCIMENTO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL ALMEIDA DO VALLE					
16 - Conselho Profissional 6					
17 - Número no Conselho 35453					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225112					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 2					
22 - Data da Solicitação 22/08/2018					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130					
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
31 - Código CNES 15563					
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 22/08/2018 17:46 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO					
42 - Qtde. 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) 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\$) 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					



Adendusto

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante				
8 - Número da Carteira	13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.			
1 -	208031130	kx 2:00 D Ab + l	28 - Qtd. Aut.			
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante			30 - Nome do Contratado			
29 - Código na Operadora	31 - Código CNES					
Dados do Atendimento			32 - Tipo de Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.
1 -						43 - Valor Total (R\$)
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
						55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
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					

Dr. Daniel P. Braga
CRM/RN 37579

X gracie L.P.

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 63321 Pedido: 766533
Paciente: **HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NASCIMENTO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: DANIEL ALMEIDA DO VALLE

Data Pedido: 22/08/2018 17:46:00
Data Laudo: 23/08/2018 15:51:46

RADIOGRAFIA DO 2 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Henrique Pedroso Rodrigues do Nascimento

Nº da guia: 289

Nº da carteirinha: 2.37.4535

Data Nascimento: 30/03/2009

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2018	16:16:00	Sala de Aula	Colega chutou o dedo

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição
Amigo chutou o dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Hermana Fabricia Barros Lopes Nogueira	(41)99668-4389

Quem prestou primeiros socorros	Data
Silvana de Assis Gonçalves Lopes	22/08/2018

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
Foi colocado gelo no dedo porém inchou e surgiu um hematoma. oAluno foi encaminhado ao hospital acompanhado pela mãe para avaliação médica.

Assinatura:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
CAC
Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85
Centenário - CEP: 82.960-200
Curitiba - PR

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 João da Costa, 1447 - Bigonha - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

atendimento@clmadv.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Leticia Vieira Pinto

1 de 1

22/08/2018 16:29



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2504136000	6 - Data de Validade da Senha 2504136000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2504136000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/08/2018	5 - Senha 2504136000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome ISAQUE DUBINSKI GONCALVES DA SILVA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000	9 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 2504136000	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Operador				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33840
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/08/2018	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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 08/08/2018 13:26	22 40802078	RX - SACRO-COCCIX	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tsc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	001 1.0 42.60 42.60
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\$) 42.60				
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\$) 42.60				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



2504136 461252

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 000000	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	10 - Nome ISAQUE DUBINSKI GONCALVES DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	12 - Atendimento a RN				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO DE CARVALHO MARTINS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33840	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/08/2018	23 - Indicação Clínica				
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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					31 - Código CNES 15563
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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição						
1 08/08/2018 13:26	22 40802078	RX - SACRO-COCCIX	42 - Otde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.60			
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\$) 42.60						
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\$) 42.60						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão de Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tab. 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Tab. 28 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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 - Tab. 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Seq. Ref.		59 - Grau Part.		60 - Código na Operadora/CPF		61 - Nome do Profissional		62 - Total de OPIME (R\$)	
63 - Total de Materiais (R\$)		64 - Total de OPIME (R\$)		65 - Total de Casos Medicinais (R\$)		66 - Total Geral (R\$)		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Isaque Dubinski da Silva

Isaque Dubinski da Silva

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 247459

Pedido: 761252

Paciente: **ISAQUE DUBINSKI GONCALVES DA SILVA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS

Data Pedido: 08/08/2018 13:26:00

Data Laudo: 09/08/2018 15:50:45

RADIOGRAFIA DE SACRO-CÓCCIX

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas integras.

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 NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isaque Dubinski Gonçalves da Silva

Nº da guia: 230

Data Nascimento: 22/02/2006

Nº da carteirinha: 2.37.3792

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência: 08/08/2018
Horário: 11:38:00
Local: Ginásio

Atividade: Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Glúteos

Descrição

Queda na educação física, no chão da quadra, sendo encaminhado para avaliação.

Testemunha da ocorrência

Professor Glauton

Telefone

(41) 32-263

Professor Glauton

(32) 26-3636

Quem prestou primeiros socorros

Tania

Data

08/08/2018

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

O aluno esta sendo encaminhado ao Hospital Pequeno Príncipe.

Assinatura:

Tânia Mara Luz de Oliveira

Tania Oliveira

Coord. Disciplinar

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

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

Endereço: Rua Desembargador Motta, 107 - Água Verde - Curitiba - Paraná - CEP: 80730-070

Fone: (41) 3310-1000 / 3310-1326

E-mail: atendimento@adventista.org.br

Impresso por: Tânia Mara Luz de Oliveira

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2525377000		12 - Atendimento a RN N																					
4 - Data de Autorização 27/08/2018		5 - Senha 2525377000		6 - Data de Validade da Senha																							
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome JULIANA TEOFILO DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																					
8 - Número da Carteira 00000000000000000000																											
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																							
15 - Nome do Profissional Solicitante RODOLFO GALERA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35288		18 - UF / 19 - Código CBO 41 / 225270																					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/08/2018		23 - Indicação Clínica																					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.																					
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563																							
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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição																											
<table border="1"> <tr> <td>1 27/08/2018 20:35</td> <td>22 40802035</td> <td>RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS</td> <td>42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td>2 27/08/2018 20:35</td> <td>22 40803031</td> <td>RX - COSTELAS - POR HEMITORAX</td> <td>001 1.0 44.46</td> </tr> <tr> <td>3 27/08/2018 20:35</td> <td>22 40805018</td> <td>RX - TORAX - 1 INCIDENCIA</td> <td>001 1.0 43.38</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>001 1.0 35.23</td> </tr> </table>								1 27/08/2018 20:35	22 40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	2 27/08/2018 20:35	22 40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX	001 1.0 44.46	3 27/08/2018 20:35	22 40805018	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA	001 1.0 43.38				001 1.0 35.23				
1 27/08/2018 20:35	22 40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total																								
2 27/08/2018 20:35	22 40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX	001 1.0 44.46																								
3 27/08/2018 20:35	22 40805018	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA	001 1.0 43.38																								
			001 1.0 35.23																								
Identificação do Profissional(ais) 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																											
<table border="1"> <tr> <td>1 -</td> <td>2 -</td> <td>3 -</td> <td>4 -</td> <td>5 -</td> <td>6 -</td> <td>7 -</td> <td>8 -</td> <td>9 -</td> <td>10 -</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>								1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -																		
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																		
58 - Observação / Justificativa																											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 123.07																											
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\$) 123.07																											
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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2525377000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2525377	6 - Data de Validade da Semha 2525377	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2525377	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário				
8 - Nome da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome JULIANA TEOFILO DOS SANTOS		
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante RODOLFO GALERA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35288	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/08/2018	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 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 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 27/08/2018 20:35 22 40802035	RX - COLUNA DOSSAL - 2 INCIDENCIAS			
2 27/08/2018 20:35 22 40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX			
3 27/08/2018 20:35 22 40805016	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001	1.0	44.46	44.46	
001	1.0	43.38	43.38	
001	1.0	35.23	35.23	
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\$) 123.07				
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\$) 123.07				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

Elaine Alves dos Santos

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 459288 Pedido: 768230
Paciente: **JULIANA TEOFILO DOS SANTOS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: RODOLFO GALERA

Data Pedido: 27/08/2018 20:35:00
Data Laudo: 30/08/2018 14:23:41

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (2 INCIDÊNCIAS) E ARCOS COSTAIS DIREITOS

Pulmões com transparência normal.

Seios costo-frênicos livres.

Área cardíaca e mediastino com aspecto radiográfico normal.

Circulação pulmonar normal.

Estruturas ósseas preservadas.

RADIOGRAFIA DA COLUNA DORSAL

Incidências: frente e perfil.

Desvio do eixo dorsal em convexidade à direita.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

Pedículos e estruturas do arco posterior com aspecto habitual.

Articulações interapofisárias anatômicas.

*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: Juliana Teofilo dos Santos

Nº da guia: 319

Nº da carteirinha: 2.37.6179

Data Nascimento: 10/05/2005

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2018	18:01:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Costas

Descrição

A aluna caiu no momento de ir para casa.

Testemunha da ocorrência

Tania Mara Luz de Oliveira

Tania Mara Luz de Oliveira

Telefone

(41) 32322-6363

(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros

Eliane

Data

27/08/2018

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

Entramos em contato com a mãe para vir ao colégio junto com o atendimento da EMERGÊNCIA.

X *Clairine Alves dos Santos*

5.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Assinatura:

Tania Mara Luz de Oliveira
Tania Oliveira
Coord. Disciplinar
Tania Mara Luz de Oliveira

Rua: Argélia, nº 85

Centenário - CEP: 82.960-200

Curitiba - PR

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE AO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIA.

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.716.768/0004-12

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorralho - Curitiba - Paraná - 80.240-070

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2508329000	5 - Senha 13/08/2018	6 - Data de Validade da Senha 2508329000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2508329000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome KAMILY ARAUJO PISKE			
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					
21 - Caráter do Atendimento 1					
22 - Data da Solicitação 13/08/2018					
23 - Indicação Clínica					
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 76591569000130					
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
31 - Código CNES 15563					
32 - Tipo Atendimento 05					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
34 - Tipo de Consulta 9					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 13/08/2018 08:03 22 40803090 RX - COTOVELO					
42 - Qtde. 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 - 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					



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

2 - Nº Guia no Prestador 2508329000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2508329	5 - Senha 2508329	6 - Data de Validade da Senha 2508329	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2508329	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome KAMILY ARAUJO PISKE			
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 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 13/08/2018	23 - Indicação Clínica			
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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta 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 13/08/2018 08:03 08:03 22 40803090 RX - COTOVELO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 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 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
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					



2- N° Gula no Prestador

Leicla

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		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 - Cartão de Atendimento		22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Hora Inicial		28 - Hora Final		29 - Tabela		30 - Código do Procedimento		31 - Descrição		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Nome do Contratado		37 - Código QNCS		38 - Código QNCS	
39 - Data		40 - Hora Inicial		41 - Hora Final		42 - Tabela		43 - Código do Procedimento		44 - Descrição	
45 - Valor Unitário (R\$)		46 - Valor Total (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Código CBO	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		60 - Assinatura do Responsável		61 - Assinatura do Responsável		62 - Assinatura do Responsável	
63 - Total de Procedimentos (R\$)		64 - Total de Materiais (R\$)		65 - Total de Honorários (R\$)		66 - Total de Honorários (R\$)		67 - Total de Honorários (R\$)		68 - Total de Honorários (R\$)	
69 - Total de Honorários (R\$)		70 - Total de Honorários (R\$)		71 - Total de Honorários (R\$)		72 - Total de Honorários (R\$)		73 - Total de Honorários (R\$)		74 - Total de Honorários (R\$)	
75 - Total de Honorários (R\$)		76 - Total de Honorários (R\$)		77 - Total de Honorários (R\$)		78 - Total de Honorários (R\$)		79 - Total de Honorários (R\$)		80 - Total de Honorários (R\$)	
81 - Total de Honorários (R\$)		82 - Total de Honorários (R\$)		83 - Total de Honorários (R\$)		84 - Total de Honorários (R\$)		85 - Total de Honorários (R\$)		86 - Total de Honorários (R\$)	
87 - Total de Honorários (R\$)		88 - Total de Honorários (R\$)		89 - Total de Honorários (R\$)		90 - Total de Honorários (R\$)		91 - Total de Honorários (R\$)		92 - Total de Honorários (R\$)	
93 - Total de Honorários (R\$)		94 - Total de Honorários (R\$)		95 - Total de Honorários (R\$)		96 - Total de Honorários (R\$)		97 - Total de Honorários (R\$)		98 - Total de Honorários (R\$)	
99 - Total de Honorários (R\$)		100 - Total de Honorários (R\$)		101 - Total de Honorários (R\$)		102 - Total de Honorários (R\$)		103 - Total de Honorários (R\$)		104 - Total de Honorários (R\$)	
105 - Total de Honorários (R\$)		106 - Total de Honorários (R\$)		107 - Total de Honorários (R\$)		108 - Total de Honorários (R\$)		109 - Total de Honorários (R\$)		110 - Total de Honorários (R\$)	
111 - Total de Honorários (R\$)		112 - Total de Honorários (R\$)		113 - Total de Honorários (R\$)		114 - Total de Honorários (R\$)		115 - Total de Honorários (R\$)		116 - Total de Honorários (R\$)	
117 - Total de Honorários (R\$)		118 - Total de Honorários (R\$)		119 - Total de Honorários (R\$)		120 - Total de Honorários (R\$)		121 - Total de Honorários (R\$)		122 - Total de Honorários (R\$)	
123 - Total de Honorários (R\$)		124 - Total de Honorários (R\$)		125 - Total de Honorários (R\$)		126 - Total de Honorários (R\$)		127 - Total de Honorários (R\$)		128 - Total de Honorários (R\$)	
129 - Total de Honorários (R\$)		130 - Total de Honorários (R\$)		131 - Total de Honorários (R\$)		132 - Total de Honorários (R\$)		133 - Total de Honorários (R\$)		134 - Total de Honorários (R\$)	
135 - Total de Honorários (R\$)		136 - Total de Honorários (R\$)		137 - Total de Honorários (R\$)		138 - Total de Honorários (R\$)		139 - Total de Honorários (R\$)		140 - Total de Honorários (R\$)	
141 - Total de Honorários (R\$)		142 - Total de Honorários (R\$)		143 - Total de Honorários (R\$)		144 - Total de Honorários (R\$)		145 - Total de Honorários (R\$)		146 - Total de Honorários (R\$)	
147 - Total de Honorários (R\$)		148 - Total de Honorários (R\$)		149 - Total de Honorários (R\$)		150 - Total de Honorários (R\$)		151 - Total de Honorários (R\$)		152 - Total de Honorários (R\$)	
153 - Total de Honorários (R\$)		154 - Total de Honorários (R\$)		155 - Total de Honorários (R\$)		156 - Total de Honorários (R\$)		157 - Total de Honorários (R\$)		158 - Total de Honorários (R\$)	
159 - Total de Honorários (R\$)		160 - Total de Honorários (R\$)		161 - Total de Honorários (R\$)		162 - Total de Honorários (R\$)		163 - Total de Honorários (R\$)		164 - Total de Honorários (R\$)	
165 - Total de Honorários (R\$)		166 - Total de Honorários (R\$)		167 - Total de Honorários (R\$)		168 - Total de Honorários (R\$)		169 - Total de Honorários (R\$)		170 - Total de Honorários (R\$)	
171 - Total de Honorários (R\$)		172 - Total de Honorários (R\$)		173 - Total de Honorários (R\$)		174 - Total de Honorários (R\$)		175 - Total de Honorários (R\$)		176 - Total de Honorários (R\$)	
177 - Total de Honorários (R\$)		178 - Total de Honorários (R\$)		179 - Total de Honorários (R\$)		180 - Total de Honorários (R\$)		181 - Total de Honorários (R\$)		182 - Total de Honorários (R\$)	
183 - Total de Honorários (R\$)		184 - Total de Honorários (R\$)		185 - Total de Honorários (R\$)		186 - Total de Honorários (R\$)		187 - Total de Honorários (R\$)		188 - Total de Honorários (R\$)	
189 - Total de Honorários (R\$)		190 - Total de Honorários (R\$)		191 - Total de Honorários (R\$)		192 - Total de Honorários (R\$)		193 - Total de Honorários (R\$)		194 - Total de Honorários (R\$)	
195 - Total de Honorários (R\$)		196 - Total de Honorários (R\$)		197 - Total de Honorários (R\$)		198 - Total de Honorários (R\$)		199 - Total de Honorários (R\$)		200 - Total de Honorários (R\$)	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 455306 Pedido: 762676
Paciente: KAMILY ARAUJO PISKE
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

Data Pedido: 13/08/2018 08:03:00
Data Laudo: 13/08/2018 14:33:30

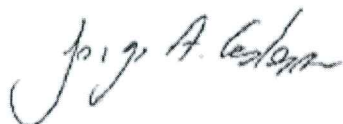
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame de controle de tratamento sob imobilização com tala gessada.

Formação de calo ósseo

*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: Kamily Araujo Piske

Nº da guia: 244

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
10/08/2018	16:13:00	Quadra	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Tropeçou em uma mochila.	Cotovelo Esquerdo

Descrição
Retirada do gesso

Testemunha da ocorrência	Telefone
Joisse Lobo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse Lobo	10/08/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Contato com 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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2521396000		6 - Data de Validade da Senha 2521396000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2521396000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 23/08/2018		5 - Senha 2521396000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 0000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA		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 BRUNO POSSANI RODRIGUES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 34145	
18 - UF 41		19 - Código CEO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Cardeter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/08/2018	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/08/2018 18:15 22 40803090 RX - COTOVELO 2 23/08/2018 18:15 22 40803104 RX - ANTEBRACO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 001 1.0 39.64	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/08/2018 18:15 22 40803090 RX - COTOVELO 2 23/08/2018 18:15 22 40803104 RX - ANTEBRACO	
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\$) 77.68	
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização		61 - Total de Taxas e Aluguéis (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 - Assinatura do Contratado		66 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$) 77.68	





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 2521396000000

2521396 467014

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 23/08/2018	5 - Senha	2521396	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO POSSANI RODRIGUES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 34145	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caracter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 23/08/2018			
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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 23/08/2018 18:15 22 40803090 RX - COTOVELO			
2 23/08/2018 18:15 22 40803104 RX - ANTEBRACO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 38.04			
001 1.0 39.64			
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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.68			
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\$) 77.68			
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/SADTSETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

2. Nº de Matrícula Profissional

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome				
Dados do Solicitante						
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 Item Assistencial Solicitados						
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela						
1 -	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
2 -	40403090	bx Colando Esquerdo At-1-bd				
3 -	40403104	bx Antivago Esquerdo At-1-bd				
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cidade
1 -						43 - Via
2 -						44 - Tec.
3 -						45 - Fator Red/Acresc.
4 -						46 - Valor Unitário (R\$)
5 -						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						
1 -	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado				
2 -	59 - Observação / Justificativa	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
3 -		61 - Total de Materiais (R\$)				
4 -		62 - Total de OPME (R\$)				
5 -		63 - Total de Medicamentos (R\$)				
6 -		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
7 -		65 - Total Geral (R\$)				
8 -		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
9 -		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
10 -		68 - Assinatura do Contratado				

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	97981	Pedido:	767014
Paciente:	MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	BRUNO POSSANI RODRIGUES		Data Pedido: 23/08/2018 18:15:00
			Data Laudo: 24/08/2018 14:13:37

RADIOGRAFIA DE COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura de úmero distal.

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: Maria Clara Freitas Batista Nogueira

Nº da guia: 296

Nº da carteirinha: 3.30.1703

Data Nascimento: 09/02/2009

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2018	15:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Descrição

A aluna estava em atividade desportiva de Handebol, e ao receber o comando da professora para pegar a bola chocou-se com outro colega e caiu por cima dele dando mal jeito no braço esquerdo. Apresentador dor local e inchaço no cotovelo. Foi socorrida pela professora Débora e aplicado gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Débora Russi

Leandro Freitas de Carvalho

Telefone

(41) 3028-5400

(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros

Débora Russi e Leandro Freitas

Data

23/08/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Gerais

Assinatura:



Jessica Lohane

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE PARA A CLÍNICA ADVENTISTA MEDICAL ASSISTANCE SYSTEM, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, REPARAÇÃO DE DENTISTAS, ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUARDA (Cadastrado de dados).

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0001-12

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

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-8110

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 **2512134000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2512134000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2512134000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 15/08/2018		5 - Senha 2512134000		6 - Data de Validade da Senha 2512134000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004166822782	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 123456		9 - Validade da Carteira 30/11/2018		10 - Nome NIKOLAS HENRIQUE FITZ DE OLIVEIRA	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA GRUHL		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 10443		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/08/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/08/2018 15:17 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	
42 - Qtde. 001		43 - Via 44 - Téc.		45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1.0 40.72		48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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\$) 40.72		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\$) 40.72		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



763919-2512134

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2512134	6 - Data de Validade da Senha 2512134	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2512134	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004166822782	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Nome da Carteira 123456	9 - Validade da Carteira 30/11/2018	10 - Nome NIKOLAS HENRIQUE FITZ DE OLIVEIRA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA GRUHL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10443	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/08/2018	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 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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição						
1 15/08/2018 15:17 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total						
001 1.0 40.72 40.72						
Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 40.72 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de OPME (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\$) 40.72						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

Clínica Adventista

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

CRIM: 104343
Delegada CRIM

Que do
Rx Orçamento PA
10801012

15/08/18
Leislaine Juty

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 228330 Pedido: 763919
Paciente: **NIKOLAS HENRIQUE FITZ DE OLIVEIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: HELENA GRUHL

Data Pedido: 15/08/2018 15:17:00
Data Laudo: 16/08/2018 11:29:37

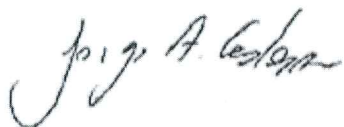
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

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

(OBS: modelo novo está fora do ar)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Nikolas H. Fitz de Oliveira		Nº DA MATRÍCULA: 4765	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COL. Adv. ALTO BOQUEIRÃO		TELEFONE: 3051-8600	
ENDEREÇO: Bom PASTAR, 606		CIDADE: CTBA	UF: PR

DATA DA OCORRÊNCIA: 15/08/18	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: 13:06h		
LOCAL ONDE OCORREU: Pátio		

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

ALUNO CAIU NO PÁTIO, BATENDO A TESTA NO CHÃO

Rhondi Nemitz
Coordenador Disciplinar

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:	TELEFONE:
NOME: MONITORA MARIA	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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2517309000	5 - Senha 20/08/2018	6 - Data de Validade da Senha 2517309000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2517309000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
8 - Número da Carteira 000		9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA		
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
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/08/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
29 - Código na Operadora 76591569000130					
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
31 - Código CNES 15563					
32 - Tipo Atendimento 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 1 20/08/2018 18:06 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04					
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/cpf 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		64 - Total Geral (R\$) 38.04	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
66 - Assinatura do Contratado					



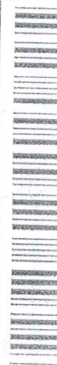


2 - N° Guia no Prestador **2517309000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2517309		6 - Data de Validade da Senha 2517309		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2517309		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira ADVENTISTA		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/08/2018		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 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Motivo de Encerramento do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 20/08/2018 18:06 22 40804089		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 20/08/2018 18:06 22 40804089		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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	

Contra/Loe 134 554 257309



Adventista

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

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 154668 Pedido: 765629
Paciente: **PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: ISABEL ZIESEMER COSTA

Data Pedido: 20/08/2018 18:06:00
Data Laudo: 23/08/2018 16:35:25

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

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: Paulo Meneguete de Oliveira

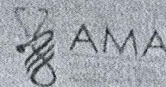
Nº da guia: 281

Nº da carteirinha: 2.32.3838

Data Nascimento: 12/10/2007

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão

EIEFM



Data da Ocorrência: 20/08/2018
Horário: 15:00:00
Local: Quadra

Atividade: Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

Aluno caiu e foi pisado na parte do tornozelo,,

Testemunha da ocorrência

Amigos,,

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Janete,,

Data

20/08/2018

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

Foi avisado p/ a mãe e a mesma vai levá-lo ao especialista,, Hospital Peq. Príncipe pelo colégio,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

20/08/2018

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

Impresso por: Rudimar Roberto Nemitz

1 de 1

20/08/2018 15:18

Paulo Meneguete



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

2 - Nº Guia no Prestador 2514035000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2514035000	5 - Senha 18/08/2018	6 - Data de Validade da Senha 2514035000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2514035000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS					
16 - Conselho Profissional 6					
17 - Número no Conselho 25919					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225270					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 1					
22 - Data da Solicitação 18/08/2018					
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 76591569000130					
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
31 - Código CNES 15563					
32 - Tipo Atendimento 05					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
34 - Tipo de Consulta 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 17/08/2018 09:51 22 40803104 RX - ANTEBRACO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.64					
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\$) 39.64					
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\$) 39.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - Nº Guia no Prestador 2514035000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	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
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 00000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SAMUEL DE BRITO PEREIRA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/08/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 25	26 - Descrição Indicação de Atendimento	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563				
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 17/08/2018	37 - Hr. Inicial 09:51	38 - Hr. Final 09:51	39 - Tabela 40803104	40 - Procedimento RX - ANTEBRACO	41 - Descrição 42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Téc. 1.0
				45 - Fator R/Acr 39.64	46 - Valor Unitário 39.64	47 - Valor Total 39.64
Identificação de(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 -
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.64						
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\$) 39.64						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						





JOB N.º 036.08

Francielli
2814035
764591

REQUISICÃO DE EXAME

03/12/09

☒ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Amândio Bruto Nº Registro _____

Idade _____ Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS

Clínica _____ ☐ Amp. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) Rx antebraço DAP

2) _____

3) _____

☐ Precisa de Anestesia

☐ Reação Prévia a Contraste lodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25.919
Ortopedia e Traumatologia

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, _____ de _____ de _____ Médico - CRM

Cód 246

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 421058 Pedido: 764591
Paciente: **SAMUEL DE BRITO PEREIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

Data Pedido: 17/08/2018 09:51:00
Data Laudo: 17/08/2018 11:40:43

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Exame realizado em equipamento de radiologia digital, nas incidências AP e Perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sequela de fratura da diáfise do rádio e da ulna.

*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.



BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI
CRM: 19452



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Samuel de Brito Pereira</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5899</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Boqueirão</i>		TELEFONE: <i>3051-8550</i>	
ENDEREÇO: <i>Cléto da Silva</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>17/04/18</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? <i>Saída</i>	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>17h30</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Aluno cair no chão porque outro alu- no se chocou com ele.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>Professora Margarete</i> TELEFONE: NOME: TELEFONE:			
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professora Margarete</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>17/04/18</i>			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO RUA TEN FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA, 2218 81670-010 - BOQUEIRÃO CURITIBA - PR			
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)

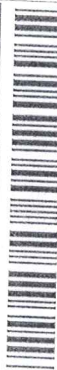
Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorrilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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

Scanned by CamScanner

Original ENTREGUE
CONSULTA OPTO.

impresso per: LIZINEIA.SORANZO



2503030 460885

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2503030	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2503030	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 07/08/2018	5 - Senha 2503030	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	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 BRUNO POSSANI RODRIGUES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 34145
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/08/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	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 1 07/08/2018	37 - Hr. Inicial 15:29	38 - Hr. Final 15:29	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição EX - JOELHO	42 - Qtde. 001
43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1.0 39.64				
Identificação do(a) Profissional(e) 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\$) 39.64				
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\$) 39.64				
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	6 - Data de Validade da Senna	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senna	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	17 - Número no Conselho	18 - UF
8 - Número da Carteira	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Cartão do 22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Hora Inicial	37 - Hora Final	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\$)	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			

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 456878 Pedido: 760885
Paciente: **SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: BRUNO POSSANI RODRIGUES

Data Pedido: 07/08/2018 15:29:00
Data Laudo: 08/08/2018 10:58:43

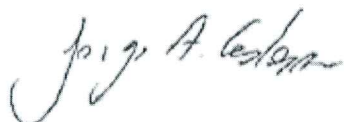
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Sergio França Souza

Nº da guia: 223

Nº da carteirinha: 3.6.7184

Data Nascimento: 22/03/2002

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data da Ocorrência **Horário** **Local**
07/08/2018 12:40:00 Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete, pulou e torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência

Professor(karla)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Vladimir(coordenador Disciplinar)

Data

07/08/2018

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

Foi colocado gelol no local e aplicado gelo.

Assinatura:

Vladimir De Jesus Ferreira Machado
Vladimir De Jesus Ferreira Machado

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

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

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

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

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

Impresso por: Vladimir De Jesus Ferreira
Machado



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 2521103000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2521103000	6 - Data de Validade da Senha 2521103000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2521103000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N					
8 - Número da Carteira 00000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SARAH KETHELLY OLIVEIRA DA MAIA	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 BRUNO POSSANI RODRIGUES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 34145	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/08/2018	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/08/2018 13:45 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Têc. 001	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 38.04	47 - Valor Total 38.04					
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								

