



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

2.182,50

Pag. NF 314119 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP - ACP

Total Geral

2.182,50

- ☐ 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. 315171, Série: U, emitido em 10/09/2018, conversão em
10/09/2018

Número da Nota

314119

Data e Hora de Emissão

10/09/2018 14:20:17

Código de Verificação

EN19M00C

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 2.182,50

12 SET. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$2.182,50

Código da Atividade

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	2.182,50	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.
Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO			
Relatório	Cobrança	Data	Página
RELATÓRIO COBRANÇA	367	10/09/2018	1 / 2

Conferência Cobrança						
Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Misma Via
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	367		10/09/2018	10/10/2018	0%	50,00%
						Outra Via
						70,00%
						Bilateral
						70,00%
						Tipo
						DATA DA PRODUÇÃO

Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Fer Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa	Valor
2504103 18.09.01517	2504103	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN	ISAQUE DUBINSKI GONCALVES DA SILVA		08/08/2018 10:02	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2517244 18.09.01517	2517244	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (23173 - ANDRE MARCELO OKURA	PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA	00	20/08/2018 09:13	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2460685 18.09.01517	2460685	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (35823 - DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA	GABRIEL FAUZZ DE OLIVEIRA		28/06/2018 18:34	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	U	N	C	0,00	56,50
2504495 18.09.01517	2504495	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (7381 - FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR	VINICIUS DA SILVA ROSA STAUT	2323394	08/08/2018 17:43	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2505839 18.09.01517	2505839	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (7381 - FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR	EROS CAUA SILVA CUNHA	366439	09/08/2018 17:29	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2502877 18.09.01517	2502877	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA		07/08/2018 17:08	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2489122 18.09.01517	2489122	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	KAMILY ARAUJO PISKE	2334349	24/07/2018 17:15	NÃO NÃO	SIM	30718066 10101039	02B	U	N	C	0,00	56,50
2484914 18.09.01517	2484914	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI	BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS SANTO		30/07/2018 18:48	NÃO NÃO	SIM	30711010 10101039	01A	U	N	C	0,00	10,50
2501587 18.09.01517	2501587	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI	BRUNA LAUTERT WOLFF	00	06/08/2018 16:24	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2502765 18.09.01517	2502765	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (11611 - NEUMA MARILIA M. DA SILVA KORMAN	SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SA	3341628	07/08/2018 12:58	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2513410 18.09.01517	2513410	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (5215 - STANLEY JOAO L. CAMACHO	MATEUS DA SILVA NEVES	00	16/08/2018 15:08	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2498493 18.09.01517	2498493	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (35522 - TAIS SOARES CARVALHO	LEONARDO HENRIQUE SILVA MARTINS	36299	02/08/2018 18:10	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	U	N	C	0,00	56,50

1/1

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: THIAGO NATAL ALVES PEREIRA	Data Nasc: 07/11/2002	Idade: 15 Anos 9 Meses 19 Dias Sexo: Masculino	CODIGO 0000099181
Nome Mãe: GISELE DE LARA PEREIRA	Nome Pai: LUIZ CARLOS ALVES PE	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA PEDRO JACOB KLOCK	Número: 121	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SANTA CANDIDA	CEP: 82720040	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): PEDRO MINUZZI WILD	CRM: 34840	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002522341
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 363000	
Data/Hora: 24/08/2018 - 12:23	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 4132563841		
Responsável: GISELE DE LARA PEREIRA		Grau de Parentesco: MAE	

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

PACIENTE TRAZIDO PELA MÃE EM RAZÃO DE DOR NA TOPOGRAFIA DA TAT ESQUERDA APÓS QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.
NEGADA ALERGIA MEDICAMENTOSA
EM JEJUM DESDE AS 12:30.

Exame Físico

AUMENTO DE VOLUME E HIPEREMIA NA TOPOGRAFIA DA TAT ESQUERDA
DOR À FLEXÃO > 90°
MARCHA CLAUDICANTE
EXTENSÃO 0° ATIVA E PASSIVA

Diagnóstico

CONTUSAO DO JOELHO

Tratamento/Conduta

REPOUSO ATIVIDADE FISICA 2 SEMANAS
RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
RECEITO NIMESULIDA + NOVALGINA + GELO LOCAL
RECEITO JOELHEIRA DE NEOPREME
RETORNO ANTES SE NECESSARIO



Medico(a): PEDRO MINUZZI WILD
CRM: 34840

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 26/08/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thiago Natal Alves Pereira

Nº da guia: 299

Nº da carteirinha: 3.6.3000

Data Nascimento: 07/11/2002

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/08/2018	10:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno Thiago estava jogando futsal, disputou a bola com um colega caiu no piso do ginásio batendo o joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Ricardo(professor)

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Data

Denis(monitor)

24/08/2018

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 aplicado gelo e gelo no local.

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



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

2 - N° Guia no Prestador **251724400000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2517244000000		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		10 - Nome PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N															
8 - Número da Carteira 000		9 - Validade da Carteira 20/08/2018		13 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Conselho Profissional 6		16 - Número no Conselho 23173		17 - Código CBO 225270		18 - UF 41		19 - Assinatura do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
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 28 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA		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 1 20/08/2018 16:35 16:35		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001		43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 100,00		48 - Data 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/GPF 51 - Nome do Profissional 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/GPF 51-Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) 100,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Responsável		71 - Assinatura do Responsável		72 - Assinatura do Responsável		73 - Assinatura do Responsável		74 - Assinatura do Responsável		75 - Assinatura do Responsável		76 - Assinatura do Responsável		77 - Assinatura do Responsável		78 - Assinatura do Responsável		79 - Assinatura do Responsável		80 - Assinatura do Responsável	

Impresso per: MARJORIE SILVA

Data/Hora: 24/08/2018 09:13:30

Conta/Lote: 1341603

Atendimento: 2517244

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: PAULO MENEGUETE DE OLIVEIRA	Data Nasc: 12/10/2007	Idade: 10 Anos 10 Meses 10	Sexo: Masculino
Nome Mãe: PRISCILA MENEGUETE	Nome Pai: PAULO DE OLIVEIRA	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA PAULO SETUBAL - DE 3521/3522 A	Número: 4495	Complemento: SB 83	
Cidade: CURITIBA	Bairro: BOQUEIRAO	CEP: 81750190	UF: PR

CODIGO 0000154668

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUIZ MULLER AVILA	CRM: 29757	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 000
Data/Hora: 20/08/2018 - 16:35	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:
Responsável:		

CODIGO 0002517244

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

QMN COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO HOJE
DOR EM MALEOLO MEDIAL

Exame Físico

BEG LOTE
DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE
ADM LIVRE
DOR A PALPAÇÃO DE MM
FORÇA PRESERVADA
NV DISTAL OK

Diagnóstico

CONTUSAO EM TORNOZELO

Tratamento/Conduta

ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
RETORNO S/N



Medico(a): LUIZ MULLER AVILA
CRM: 29757

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 22/08/2018

Página: 1

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	Horário	Local	Atividade
20/08/2018	15:00:00	Quadra	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluno caiu e foi pisado na parte do tornozelo,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigos,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janete,,,	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

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		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 08/08/2018		10 - Nome ISAQUE DUBINSKI GONCALVES DA SIL					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
13 - Código na Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA									
21 - Cardápio Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 08/08/2018		23 - Indicação Clínica		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 21395		19 - Código CBO 225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 15563			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 08.08.18		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela b101039		40 - Procedimento Consulta		41 - Descrição		42 - Valor Total (R\$) 100,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Total de Medicamentos (R\$)		59 - Total Geral (R\$)	
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /		10- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /		30.00	
58 - Observações / Justificativa											
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	
0.00		30.00		0.00		0.00		0.00		0.00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	
ACESSOPRD		Data/Hora: 16/08/2018 10:02:46		Conta/Lote: 1335198		Atendimento: 2504103		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1335198	

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ISAUQUE DUBINSKI GONCALVES DA	Data Nasc: 22/02/2006	Idade: 12 Anos 5 Meses 25 Dias Sexo: Masculino	CODIGO 0000247459
Nome Mãe: LARISSA DUBINSKI	Nome Pai: THIAGO GONCALVES DA	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA DOS JASMINS	Número: 1007	Complemento:	
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS	Bairro: PARQUE DA FONTE	CEP: 83050290	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	CRM: 21395	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002504103
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: CLINICA ADVENTISTA	
Data/Hora: 08/08/2018 - 13:05	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 99632532		
Responsável: LARISSA DUBINSKI		Grau de Parentesco: MAE	

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

QUEDA HOJE NA EDUCACAO FISICA, TRAUMA EM COCCIX
 VEM COM DOR LOCAL, SEM OUTRAS QUEIXAS
 NAO FEZ USO DE MEDICACAO
 SEM ALERGIAS

Exame Físico

SEM ALTERACOES ECTOSOPICAS
 DOR A PALPACAO DE COCCIX
 ADM PRESERVADA
 NEUROLOGICO OK

Diagnóstico

CONTUSAO EM COCCIX

Tratamento/Conduta

AINES
 ORIENTACOES
 RETORNO SE NECESSARIO



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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 16/08/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isaque Dubinski Gonçalves da Silva

Nº da guia: 230

Nº da carteirinha: 2.37.3792

Data Nascimento: 22/02/2006

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2018	11:38:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Glauton	(41) 32-263
Professor Glauton	(32) 26-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tania	08/08/2018

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

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, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

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

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

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2513410000000

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 16/08/2018	10 - Nome MATEUS DA SILVA NEVES		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000					
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 16/08/2018	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd
			43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc
			46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
			54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observações / Justificativa					
15:08 NONO1029 benzolito					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)
		0.00	0.00		0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
0.00					
64 - Total de Gases Médicos (R\$)					
0.00					
65 - Total Geral (R\$)					
100,00 30.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - Assinatura do Profissional					
70 - Assinatura do Profissional					
71 - Assinatura do Profissional					
72 - Assinatura do Profissional					
73 - Assinatura do Profissional					
74 - Assinatura do Profissional					
75 - Assinatura do Profissional					
76 - Assinatura do Profissional					
77 - Assinatura do Profissional					
78 - Assinatura do Profissional					
79 - Assinatura do Profissional					
80 - Assinatura do Profissional					
81 - Assinatura do Profissional					
82 - Assinatura do Profissional					
83 - Assinatura do Profissional					
84 - Assinatura do Profissional					
85 - Assinatura do Profissional					
86 - Assinatura do Profissional					
87 - Assinatura do Profissional					
88 - Assinatura do Profissional					
89 - Assinatura do Profissional					
90 - Assinatura do Profissional					
91 - Assinatura do Profissional					
92 - Assinatura do Profissional					
93 - Assinatura do Profissional					
94 - Assinatura do Profissional					
95 - Assinatura do Profissional					
96 - Assinatura do Profissional					
97 - Assinatura do Profissional					
98 - Assinatura do Profissional					
99 - Assinatura do Profissional					
100 - Assinatura do Profissional					



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Mateus da Silva Neves		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Escola Adventista Santa Efigênia		TELEFONE: 30538636	
ENDEREÇO: Rua: Guilherme Butler, 792, Barreirinha		CIDADE: Curitiba	UF: pr
DATA DA OCORRÊNCIA: 08/08/18	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: 15h			
LOCAL ONDE OCORREU: Quadra			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: O aluno Caiu do Brinquedo Inflável.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Edna Marli Ferreira Franco Machado		TELEFONE: 41 998582142	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? Edna Marli Ferreira Franco Machado			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: 16 de agosto de 2018 - (A escola orientou a família a buscar atendimento no dia do ocorrido).			
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) 9981-9576

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

Dr. André Camargo
CRM 142.981-5

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal ELEGIVEL	6 - Data Validade da Senha 17347	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 07/08/2018	5 - Senha 000000000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 76591569000130	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Nome do Profissional 26551
17 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	18 - Conselho Profissional 6	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 07/08/2018	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	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Cidade 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	101039 Consulta 100,00		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq.Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /
5- / /	6- / /	7- / /	8- / /
9- / /	10- / /	11- / /	12- / /
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 30.00	66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: SAMUEL SERGIO FRANCA SOUZA
Nome Mãe: FABIANA FRANCA GOMES SOUZA
Endereço: RUA JOAO FONSECA MERCER
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 22/03/2002
Nome Pai: ORLANDO GOMES
Número: 400
Bairro: ATUBA

CODIGO 0000456878
Idade: 16 Anos 4 Meses 16 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: SB 2
CEP: 82630060 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 07/08/2018 - 13:49
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: FABIANA FRANCA GOMES SOUZA

CRM: 26551
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA/EMERGENCIA
Telefone: 991377197

CODIGO 0002502877
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 000000000
Grau de Parentesco: MAE

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

MÃE REFERE ENTORSE DE JOELHO DIREITO HOJE - DURANTE PARTIDA DE BASQUETE

Exame Físico

GAVETA ANTERIOR NEGATIVO
GAVETA POSTERIOR NEGATIVO
TESTES MENISCAIS INDOLORES.

Diagnóstico

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO

Tratamento/Conduta

RX
AINE
RETORNO EM 2 SEMANAS COM DR. EVANDO
GELO
REPOUSO
ATESTADO
ORIENTAÇÕES GERAIS

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM-PR 34.145

Bruno P. Rodrigues
MÉDICO
CRM-PR 34.145

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: 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	Atividade
07/08/2018	12:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	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	1070	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

João Carlos de Menezes Abde
Ortopedia Pediátrica
Fone: 3311-5551 - TEOD: 13

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2501587000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira 00000000		9 - Validade da Carteira 06/08/2018		10 - Nome BRUNA LAUTERT WOLFF									
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 27706		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 06/08/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtz Solic.		28 - Qtz 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) 2		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição		42 - Ode		43 - Via		44 - Tec	
										45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$) 100,00	
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		1- / /		2- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /	
7- / /		8- / /		9- / /		10- / /		11- / /		12- / /		13- / /		14- / /	
15- / /		16- / /		17- / /		18- / /		19- / /		20- / /		21- / /		22- / /	
23- / /		24- / /		25- / /		26- / /		27- / /		28- / /		29- / /		30- / /	
31- / /		32- / /		33- / /		34- / /		35- / /		36- / /		37- / /		38- / /	
39- / /		40- / /		41- / /		42- / /		43- / /		44- / /		45- / /		46- / /	
47- / /		48- / /		49- / /		50- / /		51- / /		52- / /		53- / /		54- / /	
55- / /		56- / /		57- / /		58- / /		59- / /		60- / /		61- / /		62- / /	
63- / /		64- / /		65- / /		66- / /		67- / /		68- / /		69- / /		70- / /	
71- / /		72- / /		73- / /		74- / /		75- / /		76- / /		77- / /		78- / /	
79- / /		80- / /		81- / /		82- / /		83- / /		84- / /		85- / /		86- / /	
87- / /		88- / /		89- / /		90- / /		91- / /		92- / /		93- / /		94- / /	
95- / /		96- / /		97- / /		98- / /		99- / /		100- / /		101- / /		102- / /	
103- / /		104- / /		105- / /		106- / /		107- / /		108- / /		109- / /		110- / /	
111- / /		112- / /		113- / /		114- / /		115- / /		116- / /		117- / /		118- / /	
119- / /		120- / /		121- / /		122- / /		123- / /		124- / /		125- / /		126- / /	
127- / /		128- / /		129- / /		130- / /		131- / /		132- / /		133- / /		134- / /	
135- / /		136- / /		137- / /		138- / /		139- / /		140- / /		141- / /		142- / /	
143- / /		144- / /		145- / /		146- / /		147- / /		148- / /		149- / /		150- / /	
151- / /		152- / /		153- / /		154- / /		155- / /		156- / /		157- / /		158- / /	
159- / /		160- / /		161- / /		162- / /		163- / /		164- / /		165- / /		166- / /	
167- / /		168- / /		169- / /		170- / /		171- / /		172- / /		173- / /		174- / /	
175- / /		176- / /		177- / /		178- / /		179- / /		180- / /		181- / /		182- / /	
183- / /		184- / /		185- / /		186- / /		187- / /		188- / /		189- / /		190- / /	
191- / /		192- / /		193- / /		194- / /		195- / /		196- / /		197- / /		198- / /	
199- / /		200- / /		201- / /		202- / /		203- / /		204- / /		205- / /		206- / /	
207- / /		208- / /		209- / /		210- / /		211- / /		212- / /		213- / /		214- / /	
215- / /		216- / /		217- / /		218- / /		219- / /		220- / /		221- / /		222- / /	
223- / /		224- / /		225- / /		226- / /		227- / /		228- / /		229- / /		230- / /	
231- / /		232- / /		233- / /		234- / /		235- / /		236- / /		237- / /		238- / /	
239- / /		240- / /		241- / /		242- / /		243- / /		244- / /		245- / /		246- / /	
247- / /		248- / /		249- / /		250- / /		251- / /		252- / /		253- / /		254- / /	
255- / /		256- / /		257- / /		258- / /		259- / /		260- / /		261- / /		262- / /	
263- / /		264- / /		265- / /		266- / /		267- / /		268- / /		269- / /		270- / /	
271- / /		272- / /		273- / /		274- / /		275- / /		276- / /		277- / /		278- / /	
279- / /		280- / /		281- / /		282- / /		283- / /		284- / /		285- / /		286- / /	
287- / /		288- / /		289- / /		290- / /		291- / /		292- / /		293- / /		294- / /	
295- / /		296- / /		297- / /		298- / /		299- / /		300- / /		301- / /		302- / /	
303- / /		304- / /		305- / /		306- / /		307- / /		308- / /		309- / /		310- / /	
311- / /		312- / /		313- / /		314- / /		315- / /		316- / /		317- / /		318- / /	
319- / /		320- / /		321- / /		322- / /		323- / /		324- / /		325- / /		326- / /	
327- / /		328- / /		329- / /		330- / /		331- / /		332- / /		333- / /		334- / /	
335- / /		336- / /		337- / /		338- / /		339- / /		340- / /		341- / /		342- / /	
343- / /		344- / /		345- / /		346- / /		347- / /		348- / /		349- / /		350- / /	
351- / /		352- / /		353- / /		354- / /		355- / /		356- / /		357- / /		358- / /	
359- / /		360- / /		361- / /		362- / /		363- / /		364- / /		365- / /		366- / /	
367- / /		368- / /		369- / /		370- / /		371- / /		372- / /		373- / /		374- / /	
375- / /		376- / /		377- / /		378- / /		379- / /		380- / /		381- / /		382- / /	
383- / /		384- / /		385- / /		386- / /		387- / /		388- / /		389- / /		390- / /	
391- / /		392- / /		393- / /		394- / /		395- / /		396- / /		397- / /		398- / /	
399- / /		400- / /		401- / /		402- / /		403- / /		404- / /		405- / /		406- / /	
407- / /		408- / /		409- / /		410- / /		411- / /		412- / /		413- / /		414- / /	
415- / /		416- / /		417- / /		418- / /		419- / /		420- / /		421- / /		422- / /	
423- / /		424- / /		425- / /		426- / /		427- / /		428- / /		429- / /		430- / /	
431- / /		432- / /		433- / /		434- / /		435- / /		436- / /		437- / /		438- / /	
439- / /		440- / /		441- / /		442- / /		443- / /		444- / /		445- / /		446- / /	
447- / /		448- / /		449- / /		450- / /		451- / /		452- / /		453- / /		454- / /	
455- / /		456- / /		457- / /		458- / /		459- / /		460- / /		461- / /		462- / /	
463- / /		464- / /		465- / /		466- / /		467- / /		468- / /		469- / /		470- / /	
471- / /		472- / /		473- / /		474- / /		475- / /		476- / /		477- / /		478- / /	
479- / /		480- / /		481- / /		482- / /		483- / /		484- / /		485- / /		486- / /	
487- / /		488- / /		489- / /		490- / /		491- / /		492- / /		493- / /		494- / /	
495- / /		496- / /		497- / /		498- / /		499- / /		500- / /		501- / /		502- / /	
503- / /		504- / /		505- / /		506- / /		507- / /		508- / /		509- / /		510- / /	
511- / /		512- / /		513- / /		514- / /		515- / /		516- / /		517- / /		518- / /	
519- / /		520- / /		521- / /		522- / /		523- / /		524- / /		525- / /		526- / /	
527- / /		528- / /		529- / /		530- / /		531- / /		532- / /		533- / /		534- / /	
535- / /		536- / /		537- / /		538- / /		539- / /		540- / /		541- / /		542- / /	
543- / /		544- / /		545- / /		546- / /		547- / /		548- / /		549- / /		550- / /	
551- / /		552- / /		553- / /		554- / /		555- / /		556- / /		557- / /		558- / /	
559- / /		560- / /		561- / /		562- / /		563- / /		564- / /		565- / /		566- / /	
567- / /		568- / /		569- / /		570- / /		571- / /		572- / /		573- / /		574- / /	
575- / /		576- / /		577- / /		578- / /		579- / /		580- / /		581- / /		582- / /	
583- / /		584- / /		585- / /		586- / /		587- / /		588- / /		589- / /		590- / /	
591- / /		592- / /		593- / /		594- / /		595- / /		596- / /		597- / /		598- / /	
599- / /		600- / /		601- / /		602- / /		603- / /		604- / /		605- / /		606- / /	
607- / /		608- / /		609- / /		610- / /		611- / /		612- / /		613- / /		614- / /	
615- / /		616- / /		617- / /		618- / /		619- / /		620- / /		621- / /		622- / /	
623- / /		624- / /		625- / /		626- / /		627- / /		628- / /		629- / /		630- / /	
631- / /		632- / /		633- / /		634- / /		635- / /		636- / /		637- / /		638- / /	
639- / /		640- / /		641- / /		642- / /		643- / /		644- / /		645- / /		646- / /	
647- / /		648- / /		649- / /		650- / /		651- / /		652- / /		653- / /		654- / /	
655- / /		656- / /		657- / /		658- / /		659- / /		660- / /		661- / /		662- / /	
663- / /		664- / /		665- / /		666- / /		667- / /		668- / /		669- / /		670- / /	
671- / /		672- / /		673- / /		674- / /		675- / /		676- / /		677- / /		678- / /	
679- / /		680- / /		681- / /		682- / /		683- / /		684- / /		685- / /		686- / /	
687- / /		688- / /		689- / /		690- / /		691- / /		692- / /		693- / /		694- / /	
695- / /		696- / /		697- / /		698- / /		699- / /		700- / /		701- / /		702- / /	
703- / /		704- / /		705- / /		706- / /		707- / /		708- / /		709- / /		710- / /	
711- / /		712- / /		713- / /		714- / /		715- / /		716- / /		717- / /		718- / /	
719- / /		720- / /		721- / /		722- / /		723- / /		724- / /		725- / /		726- / /	
727- / /		728- / /		729- / /		730- / /		731- / /		732- / /		733- / /		734- / /	
735- / /		736- / /		737- / /		738- / /		739- / /		740- / /		741- / /		742- / /	
743- / /		744- / /		745- / /		746- / /		747- / /		748- / /		749- / /		750- / /	
751- / /		752- / /		753- / /		754- / /		755- / /		756- / /		757- / /		758- / /	
759- / /		760- / /		761- / /		762- / /		763- / /		764- / /		765- / /		766- / /	
767- / /		768- / /		769- / /		770- / /		771- / /		772- / /		773- / /			

DADOS DO PACIENTE**CODIGO 0000217881**

Nome Paciente: BRUNA LAUTERT WOLFF
Nome Mãe: ELFRIDA REGINA LAUTERT
Endereço: RUA ROBERTO FRITSCH
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 01/11/2005
Nome Pai: GUY EVERSON
Número: 45
Bairro: SITIO CERCADO

Idade: 12 Anos 9 Meses 5 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 81925269 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO**CODIGO 0002501587**

Médico(a): LUCIO RICIÉRI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 06/08/2018 - 14:16
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável:

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

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 0000000

Grau de Parentesco:

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

PACIENTE CAIU DE UMA ARQUIBANCADA COM TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL. SEM OUTRAS QUEIXAS.
NEGA EVENTOS NEUROLÓGICOS
NEGA USO DE SINTOMÁTICOS
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.
EM AVALIAÇÃO COM A PEDIATRIA

Exame Físico

COLUNA EM EIXO
NV PRESERVADO EM MMSS
SEM DOR À MOBILIZAÇÃO DA CERVICAL

Diagnóstico

CONTUSÃO DA CERVICAL

Tratamento/Conduta

ORIENTO ANALGESIA SIMPLES A CARGO DA PEDIATRIA



Médico(a): LUCIO RICIÉRI PEROTTI
CRM: 27706

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 06/08/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruna Lautert Wolff

Nº da guia: 217

Nº da carteirinha: 3.7.5191

Data Nascimento: 01/11/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

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

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

Descrição
A aluna escorregou na arquibancada e bateu a nuca .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Merilyn	(41) 99784-6215

Quem prestou primeiros socorros	Data
Merilyn	06/08/2018

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

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

Assinatura:

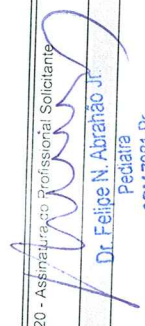
Cleberson Luz



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

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

2 - N° Guia no Prestador 2505839000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validada da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 366439	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome EROS CAUA SILVA CUNHA				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante FELIPE NICOLAU ABRAHÃO JUNIOR						
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 09/08/2018	23 - Indicação Clínica	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 7381	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 						
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição						
27 - Qt. Solic. 28 - Ql. Autoriz.						
Dados do Contrato Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Cidade	43 - Via
					44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc
				46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
				100,00	100,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
						55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /
8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /	13 - / /	14 - / /
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)						
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)						
61 - Total Materiais (R\$)						
62 - Total de OPME (R\$)						
63 - Total de Medicamentos (R\$)						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)						
65 - Total Geral (R\$)						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						
69 - Assinatura do Profissional Solicitante						
ACESSOPRD Data/Hora: 09/08/2018 17:42:57						
Conta/Lote: 1336008						
Atendimento: 2505839						
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA						
Dr. Felipe N. Abrahão Jr. Pediatra CRM 7381-Pr						

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:


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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2502765000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 07/08/2018	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora ATIVO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SA		
8 - Número da Carteira 3341628		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN				
13 - Código na Operadora 76591569000130		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 11611		
18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter Atendim. 2				
22 - Data da Solicitação 07/08/2018		23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Ql. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563						
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		
40 - Procedimento		41 - Descrição				
42 - Cidade 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 100,00						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/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						
1- / /		3- / /		5- / /		
2- / /		4- / /		6- / /		
7- / /		8- / /		9- / /		
10- / /						
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00		61 - Total Materiais (R\$) 0.00		
62 - Total de OPME (R\$) 9.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		
65 - Total Geral (R\$) 100,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>[Assinatura]</i>				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>		68 - Assinatura do Contratado <i>[Assinatura]</i>				

ACESSOPRD Data/Hora: 07/08/2018 12:58:39

Conta/Lote: 1334636

Atendimento: 2502765

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1334636

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos

Nº da guia: 222

Nº da carteirinha: 3.34.1628

Data Nascimento: 20/09/2011

Escola: Escola Adventista Santa Efigênia-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2018	15:10:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O colega empurrou o aluno. Está sentindo dores no peito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edna Marli f. f. Machado	(41) 99858-2142

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edna Marli f. f. Machado	06/08/2018

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

Observações

A família encaminhará o aluno para avaliação.

Assinatura:

Larissa Barbara Floriano

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

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



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

2 - N° Guia no Prestador 2504495000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	VINICIUS DA SILVA ROSA STAUT	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	2323394	08/08/2018			
Dados do Solicitante					
13 - Código na 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	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
		6	7381	41	225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Jr. Felipe N. Abrabão Jr.					
Pediatra CRM 7381-PR					
21 - Caráter Atendimento					
22 - Data da Solicitação	08/08/2018	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					
Dados do Atendimento					
31 - Tipo Atendimento	11	32 - Tipo de Consulta	33 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
34 - Tipo de Consulta					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - 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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)				
30.00		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
0.00		0.00		0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		30.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - Assinatura do Profissional					
70 - Assinatura do Profissional					
71 - Assinatura do Profissional					
72 - Assinatura do Profissional					
73 - Assinatura do Profissional					
74 - Assinatura do Profissional					
75 - Assinatura do Profissional					
76 - Assinatura do Profissional					
77 - Assinatura do Profissional					
78 - Assinatura do Profissional					
79 - Assinatura do Profissional					
80 - Assinatura do Profissional					
81 - Assinatura do Profissional					
82 - Assinatura do Profissional					
83 - Assinatura do Profissional					
84 - Assinatura do Profissional					
85 - Assinatura do Profissional					
86 - Assinatura do Profissional					
87 - Assinatura do Profissional					
88 - Assinatura do Profissional					
89 - Assinatura do Profissional					
90 - Assinatura do Profissional					
91 - Assinatura do Profissional					
92 - Assinatura do Profissional					
93 - Assinatura do Profissional					
94 - Assinatura do Profissional					
95 - Assinatura do Profissional					
96 - Assinatura do Profissional					
97 - Assinatura do Profissional					
98 - Assinatura do Profissional					
99 - Assinatura do Profissional					
100 - Assinatura do Profissional					

ACESSOPRD Data/Hora: 08/08/2018 18:16:04

Conta/Lote: 1335423

Atendimento: 2504495

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1335423

Felipe N. Abrabão Jr.

Pediatra

CRM 7381-PR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinícius da Silva Rosa Staut

Nº da guia: 233

Nº da carteirinha: 2.32.3394

Data Nascimento: 04/05/2007

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2018	16:09:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Caiu de mau jeito na cama elástica,,	Torax

Descrição

Pulando na cama elástica, caiu de mau jeito batendo a cabeça e sentindo a dor no tórax,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigos,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Guilherme,,	08/08/2018

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 ligado para a mãe e a mesma pediu atendimento no Peq. Príncipe pelo colégio,,

CID R07-4

Dr. Felipe N. Abrahão Jr
Pediatra
CRM 7381-Pr

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplina

08/08/2018

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 - 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		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 02/08/2018		10 - Nome LEONARDO HENRIQUE SILVA MARTINS					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 362999		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO							
13 - Código na Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante TAIS SOARES CARVALHO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35522		18 - UF 41		19 - Código CBO 225230	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 02/08/2018		23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.			
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO						31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
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									
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /			
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /			
58 - Observações / Justificativa											
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	
0.00		30.00		0.00		0.00		0.00		186,30	
65 - Total Geral (R\$)										30.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										68 - Assinatura do Contratado	
ACESSOPRD		Data/Hora: 02/08/2018 18:10:17		Conta/Lote: 1332700		Atendimento: 2498493		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1 / 1	
										1332700	

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: LEONARDO HENRIQUE SILVA MARTINS	Data Nasc: 23/09/2003	Idade: 14 Anos 10 Meses 10	CODIGO 0000456375
Nome Mãe: VIVIANE SILVA MARTINS	Nome Pai:	CNS do Paciente:	Sexo: Masculino
Endereço: RUA EBRAIM SEBASTIAO DE CASTRO	Número: 150	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SANTA CANDIDA	CEP: 82640540	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): TAIS SOARES CARVALHO	CRM: 35522	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002498493
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 362999	
Data/Hora: 02/08/2018 - 18:04	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:	
Responsável:			

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

acidente durante partida de hoquei, sem sinais de alerta

Exame Físico

fcc em ponte nasal, sem sangramento ativo ou contaminação grosseira

Diagnóstico

fcc em ponte nasal

Tratamento/Conduta

sutura com cola cirúrgica

Medico(a): TAIS SOARES CARVALHO
CRM: 35522

TAIS SOARES CARVALHO
CRM: 35522



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Henrique Silva Martins



Nº da guia: 210

Nº da carteirinha: 3.6.2999

Data Nascimento: 23/09/2003

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/08/2018	17:01:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

No treino de hóquei o aluno Leonardo foi atingido com o taco entre os olhos, fez em corte e sangrou, foi limpo o ferimento com soro fisiológico.

Testemunha da ocorrência

Lucas(professor)

Ricardo(professor)

Telefone

(41) 3051-8620

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Ricardo(professor)

Data

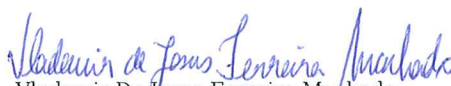
02/08/2018

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 soro fisiológico no ferimento e gelo.

Assinatura:


Vladimir De Jesus Ferreira Machado

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

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

1 - Registro ANS 000000		5 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 30/07/2018		6 - Data Validade da Senha	
ELEGIVEL		ELEGIVEL	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	000000000	9 - Validade da Carteira	31/12/2018
10 - Nome		BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS SANTOS	
11 - Cartão Nacional de Saúde		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante	LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional	6
17 - Número no Conselho	27706	18 - UF	41
19 - Código CBO	225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	[Assinatura]
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	30/07/2018
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql Solic.
28 - Ql Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	9
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento
41 - Descrição			
30/07/2018 - Toda de Aluminio			
10101039			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Profissional			
70 - Assinatura do Profissional			
71 - Assinatura do Profissional			
72 - Assinatura do Profissional			
73 - Assinatura do Profissional			
74 - Assinatura do Profissional			
75 - Assinatura do Profissional			
76 - Assinatura do Profissional			
77 - Assinatura do Profissional			
78 - Assinatura do Profissional			
79 - Assinatura do Profissional			
80 - Assinatura do Profissional			
81 - Assinatura do Profissional			
82 - Assinatura do Profissional			
83 - Assinatura do Profissional			
84 - Assinatura do Profissional			
85 - Assinatura do Profissional			
86 - Assinatura do Profissional			
87 - Assinatura do Profissional			
88 - Assinatura do Profissional			
89 - Assinatura do Profissional			
90 - Assinatura do Profissional			
91 - Assinatura do Profissional			
92 - Assinatura do Profissional			
93 - Assinatura do Profissional			
94 - Assinatura do Profissional			
95 - Assinatura do Profissional			
96 - Assinatura do Profissional			
97 - Assinatura do Profissional			
98 - Assinatura do Profissional			
99 - Assinatura do Profissional			
100 - Assinatura do Profissional			
101 - Assinatura do Profissional			
102 - Assinatura do Profissional			
103 - Assinatura do Profissional			
104 - Assinatura do Profissional			
105 - Assinatura do Profissional			
106 - Assinatura do Profissional			
107 - Assinatura do Profissional			
108 - Assinatura do Profissional			
109 - Assinatura do Profissional			
110 - Assinatura do Profissional			
111 - Assinatura do Profissional			
112 - Assinatura do Profissional			
113 - Assinatura do Profissional			
114 - Assinatura do Profissional			
115 - Assinatura do Profissional			
116 - Assinatura do Profissional			
117 - Assinatura do Profissional			
118 - Assinatura do Profissional			
119 - Assinatura do Profissional			
120 - Assinatura do Profissional			
121 - Assinatura do Profissional			
122 - Assinatura do Profissional			
123 - Assinatura do Profissional			
124 - Assinatura do Profissional			
125 - Assinatura do Profissional			
126 - Assinatura do Profissional			
127 - Assinatura do Profissional			
128 - Assinatura do Profissional			
129 - Assinatura do Profissional			
130 - Assinatura do Profissional			
131 - Assinatura do Profissional			
132 - Assinatura do Profissional			
133 - Assinatura do Profissional			
134 - Assinatura do Profissional			
135 - Assinatura do Profissional			
136 - Assinatura do Profissional			
137 - Assinatura do Profissional			
138 - Assinatura do Profissional			
139 - Assinatura do Profissional			
140 - Assinatura do Profissional			
141 - Assinatura do Profissional			
142 - Assinatura do Profissional			
143 - Assinatura do Profissional			
144 - Assinatura do Profissional			
145 - Assinatura do Profissional			
146 - Assinatura do Profissional			
147 - Assinatura do Profissional			
148 - Assinatura do Profissional			
149 - Assinatura do Profissional			
150 - Assinatura do Profissional			
151 - Assinatura do Profissional			
152 - Assinatura do Profissional			
153 - Assinatura do Profissional			
154 - Assinatura do Profissional			
155 - Assinatura do Profissional			
156 - Assinatura do Profissional			
157 - Assinatura do Profissional			
158 - Assinatura do Profissional			
159 - Assinatura do Profissional			
160 - Assinatura do Profissional			
161 - Assinatura do Profissional			
162 - Assinatura do Profissional			
163 - Assinatura do Profissional			
164 - Assinatura do Profissional			
165 - Assinatura do Profissional			
166 - Assinatura do Profissional			
167 - Assinatura do Profissional			
168 - Assinatura do Profissional			
169 - Assinatura do Profissional			
170 - Assinatura do Profissional			
171 - Assinatura do Profissional			
172 - Assinatura do Profissional			
173 - Assinatura do Profissional			
174 - Assinatura do Profissional			
175 - Assinatura do Profissional			
176 - Assinatura do Profissional			
177 - Assinatura do Profissional			
178 - Assinatura do Profissional			
179 - Assinatura do Profissional			
180 - Assinatura do Profissional			
181 - Assinatura do Profissional			
182 - Assinatura do Profissional			
183 - Assinatura do Profissional			
184 - Assinatura do Profissional			
185 - Assinatura do Profissional			
186 - Assinatura do Profissional			
187 - Assinatura do Profissional			
188 - Assinatura do Profissional			
189 - Assinatura do Profissional			
190 - Assinatura do Profissional			
191 - Assinatura do Profissional			
192 - Assinatura do Profissional			
193 - Assinatura do Profissional			
194 - Assinatura do Profissional			
195 - Assinatura do Profissional			
196 - Assinatura do Profissional			
197 - Assinatura do Profissional			
198 - Assinatura do Profissional			
199 - Assinatura do Profissional			

DADOS DO PACIENTE**CODIGO 0000456034**

Nome Paciente: BRUNA RUDNICK MEDEIROS DOS
Nome Mãe: AMANDA RUDNICK
Endereço: RUA ITAPARICA
Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE

Data Nasc: 14/02/2004
Nome Pai: VERGILIO MEDEIROS DO
Número: 93
Bairro: CAMPINA DO ARRUDA

Idade: 14 Anos 5 Meses 16 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 83505728
UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO**CODIGO 0002494914**

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 30/07/2018 - 17:35

CRM: 27706
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 985189915

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 000000000

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Responsável: VERGILIO MEDEIROS DOS SANTOS
JUNIOR

Grau de Parentesco: PAI

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

TRAUMA EM 4 QDE, BOLA DE BASQUETE, HOJE A TARDE.
NAO FEZ USO DE MEDICACAO.
SEM HISTORICO DE ALERGIAS

Exame Físico

AUMENTO DE VOLUME E DOR EM IFP 4 QDE
SEM DESVIOS ROTACIONAIS

Diagnóstico

CONTUSAO EM DEDO

Tratamento/Conduta

TALA METALICA ANALGESICA
ANALGESICO
ORIENTACOES
RETORNO SE NECESSARIO



Lucio Ricieri Perotti
Ortopedia
CRM 27706

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI

CRM: 27706

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data Impressão: 30/07/2018

Página: 1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Thaíza Rudnick Medeiros dos Santos</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>6921</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista Bom Refúgio</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>	
ENDEREÇO: <i>Lyssimaco Carneira da Costa, 980</i>		CIDADE: <i>Ctba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>30/7/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☒ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☒ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>14h20</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadra</i>			

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

Em aula de Ed. Física, jogando basquete e a bola bateu no dedo anelar esquerdo.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Geneci*

TELEFONE:

NOME: *Marsele*

TELEFONE: *997806576*

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

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

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 24/07/2018	5 - Senha	ATIVO	ATIVO	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	2334349	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
31/12/2018 KAMILY ARAUJO PISKE				
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado			
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	6	26551	41	225270
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter Atendin.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	
2	24/07/2018	9	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES		
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	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 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
30/07/2018 18:00 30 10 1039 57,50 100,00				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Rel.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00	30.00	0.00	0.00	0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
0.00	30.00	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
1328293				
1/1				

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: KAMILY ARAUJO PISKE	Data Nasc: 20/08/2009	Idade: 8 Anos 11 Meses 4 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: GLEICILELI ARAUJO COLOMBO	Nome Pai: GIOVANE DA ROCHA PIS	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA TENENTE DJALMA DUTRA - ATE 145	Número: 895	Complemento:	
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS	Bairro: CENTRO	CEP: 83005360	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	CODIGO 0002489122
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Data/Hora: 24/07/2018 - 16:12	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	Matrícula: 2334349
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 30847251	Grau de Parentesco: MAE
Responsável: GLEICILELI ARAUJO COLOMBO		

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

QMN COM TRAUMA EM MSE HJ A TARDE
DOR E EDEMA EM COTOVELO ESQUERDO

Exame Físico

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO
MOBILIZANDO MÃO E PUNHO
SENSIBILIDADE E PERFUSÃO DISTAL PRESERVADAS

DOR FORTE A PALPAÇÃO ANTECUBITAL

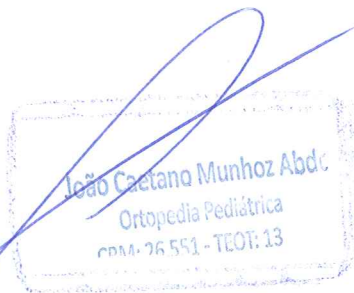
FX SC? SOLICITO RX

Diagnóstico

FX SC UMEROS ESQ G1

Tratamento/Conduta

TALA
ANALGESIA
RETORNO 1SEM



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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data Impressão: 24/07/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kamily Araujo Piske

Nº da guia: 161

Nº da carteirinha: 2.33.4349

Data Nascimento: 20/08/2009

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Tropeçou em uma Mochila	Cotovelo Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Neuza	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse	24/07/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com a Clínica Adventista e o Pai.

Assinatura:


Joisse Lobo

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	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira 30/05/2018	10 - Nome HANUMAN PREMA GOLLMANN JOHNSO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante						
13 - Código na 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	28 - Ql.Autoriz.			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 25/05/2018	23 - Indicação Clínica	27 - Ql.Solic.			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	31 - Código CNES 15563			
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
52 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via
					44 - Tec	45 - Fator Red / Acresc
					46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)						
0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	61 - Total Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de OPME (R\$)	0.00
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
65 - Total de Gases Medicinais (R\$)						
0.00						
66 - Assinatura do Contratado						
67 - Assinatura do Contratado						
68 - Assinatura do Contratado						
69 - Assinatura do Contratado						
70 - Assinatura do Contratado						
71 - Assinatura do Contratado						
72 - Assinatura do Contratado						
73 - Assinatura do Contratado						
74 - Assinatura do Contratado						
75 - Assinatura do Contratado						
76 - Assinatura do Contratado						
77 - Assinatura do Contratado						
78 - Assinatura do Contratado						
79 - Assinatura do Contratado						
80 - Assinatura do Contratado						
81 - Assinatura do Contratado						
82 - Assinatura do Contratado						
83 - Assinatura do Contratado						
84 - Assinatura do Contratado						
85 - Assinatura do Contratado						
86 - Assinatura do Contratado						
87 - Assinatura do Contratado						
88 - Assinatura do Contratado						
89 - Assinatura do Contratado						
90 - Assinatura do Contratado						
91 - Assinatura do Contratado						
92 - Assinatura do Contratado						
93 - Assinatura do Contratado						
94 - Assinatura do Contratado						
95 - Assinatura do Contratado						
96 - Assinatura do Contratado						
97 - Assinatura do Contratado						
98 - Assinatura do Contratado						
99 - Assinatura do Contratado						
100 - Assinatura do Contratado						
101 - Assinatura do Contratado						
102 - Assinatura do Contratado						
103 - Assinatura do Contratado						
104 - Assinatura do Contratado						
105 - Assinatura do Contratado						
106 - Assinatura do Contratado						
107 - Assinatura do Contratado						
108 - Assinatura do Contratado						
109 - Assinatura do Contratado						
110 - Assinatura do Contratado						
111 - Assinatura do Contratado						
112 - Assinatura do Contratado						
113 - Assinatura do Contratado						
114 - Assinatura do Contratado						
115 - Assinatura do Contratado						
116 - Assinatura do Contratado						
117 - Assinatura do Contratado						
118 - Assinatura do Contratado						
119 - Assinatura do Contratado						
120 - Assinatura do Contratado						
121 - Assinatura do Contratado						
122 - Assinatura do Contratado						
123 - Assinatura do Contratado						
124 - Assinatura do Contratado						
125 - Assinatura do Contratado						
126 - Assinatura do Contratado						
127 - Assinatura do Contratado						
128 - Assinatura do Contratado						
129 - Assinatura do Contratado						
130 - Assinatura do Contratado						
131 - Assinatura do Contratado						
132 - Assinatura do Contratado						
133 - Assinatura do Contratado						
134 - Assinatura do Contratado						
135 - Assinatura do Contratado						
136 - Assinatura do Contratado						
137 - Assinatura do Contratado						
138 - Assinatura do Contratado						
139 - Assinatura do Contratado						
140 - Assinatura do Contratado						
141 - Assinatura do Contratado						
142 - Assinatura do Contratado						
143 - Assinatura do Contratado						
144 - Assinatura do Contratado						
145 - Assinatura do Contratado						
146 - Assinatura do Contratado						
147 - Assinatura do Contratado						
148 - Assinatura do Contratado						
149 - Assinatura do Contratado						
150 - Assinatura do Contratado						
151 - Assinatura do Contratado						
152 - Assinatura do Contratado						
153 - Assinatura do Contratado						
154 - Assinatura do Contratado						
155 - Assinatura do Contratado						
156 - Assinatura do Contratado						
157 - Assinatura do Contratado						
158 - Assinatura do Contratado						
159 - Assinatura do Contratado						
160 - Assinatura do Contratado						
161 - Assinatura do Contratado						
162 - Assinatura do Contratado						
163 - Assinatura do Contratado						
164 - Assinatura do Contratado						
165 - Assinatura do Contratado						
166 - Assinatura do Contratado						
167 - Assinatura do Contratado						
168 - Assinatura do Contratado						
169 - Assinatura do Contratado						
170 - Assinatura do Contratado						
171 - Assinatura do Contratado						
172 - Assinatura do Contratado						
173 - Assinatura do Contratado						
174 - Assinatura do Contratado						
175 - Assinatura do Contratado						
176 - Assinatura do Contratado						
177 - Assinatura do Contratado						
178 - Assinatura do Contratado						
179 - Assinatura do Contratado						
180 - Assinatura do Contratado						
181 - Assinatura do Contratado						
182 - Assinatura do Contratado						
183 - Assinatura do Contratado						
184 - Assinatura do Contratado						
185 - Assinatura do Contratado						
186 - Assinatura do Contratado						
187 - Assinatura do Contratado						
188 - Assinatura do Contratado						
189 - Assinatura do Contratado						
190 - Assinatura do Contratado						
191 - Assinatura do Contratado						
192 - Assinatura do Contratado						
193 - Assinatura do Contratado						
194 - Assinatura do Contratado						
195 - Assinatura do Contratado						
196 - Assinatura do Contratado						
197 - Assinatura do Contratado						
198 - Assinatura do Contratado						
199 - Assinatura do Contratado						
200 - Assinatura do Contratado						

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: HANUMAN PREMA GOLLMANN JOHNSON	Data Nasc: 20/12/2004	Idade: 13 Anos 6 Meses 18 Dias	Sexo: Masculino	CODIGO 0000428781
Nome Mãe: URSULA SHEILA GOLLMANN	Nome Pai: OIDOVI LAMONE JOHNSO	CNS do Paciente:		
Endereço: AVENIDA SILVA JARDIM - DE 1591/159	Número: 2522	Complemento:		
Cidade: CURITIBA	Bairro: AGUA VERDE	CEP: 80240020	UF: PR	

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	CRM: 25919	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002420165
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 000000	
Data/Hora: 25/05/2018 - 11:34	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: -			
Responsável: OIDOVI LAMONE JOHNSON PEREIRA	Telefone: 30785555	Grau de Parentesco: AMIGO (A)	

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

PACIENTE COM QUEDA DE MESMO NIVEL, TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.
VEM COM DOR E AUMENTO DE VOLUME
SEM OUTRAS QUEIXAS
SEM ALERGIAS

Exame Físico

DISCRETO AUMENTO DE VOLUME, DOR EM REGIAO VOLAR DO PUNHO
ADM RESTRITA PELA DOR
COTOVELO OK
NEURO VASCULAR OK

Diagnóstico

FRATURA METAFISE DE RADIO

Tratamento/Conduta

TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA- GESSO
AINES
ORIENTACOES
RETORNO EM 3 SEMANAS PARA CONTROLE



Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO
RAMOS CRM: 25919

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 08/07/2018

Página: 1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: HANUMAN PREMA G. JOHNSON PEREIRA		Nº DA MATRÍCULA: 6933	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colegio Curitiba Adv. Bom Retiro		TELEFONE: 41-32251920	
ENDEREÇO: Lysimaco Ferreira da Costa 980		CIDADE: Ctba	UF: Pr
DATA DA OCORRÊNCIA: 25/05/18	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUESADA ☐ 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? Ensino	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 09h20			
LOCAL ONDE OCORREU: patio			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: O aluno correu, tropeçou e na queda levou a mão para apoiar, sente dor antebraço esquerdo.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: marcelle TELEFONE: 988035741 NOME: TELEFONE:			
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? marcell			
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 Juliã da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2460685000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Somia	8 - Data Validade da Somia
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome GABRIEL FAUZ DE OLIVEIRA
12 - Atendimento a RN N		
Dados do Solicitante		
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA
16 - Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA	17 - Número no Conselho 35823	18 - UF 41
19 - Código CBO 225230		
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		
21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/06/2018	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.		
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela
40 - Procedimento		
41 - Descrição		
42 - Qide		
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 - Observações / Justificativa		
59 - Total Procedimentos (R\$)		
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		
61 - Total Materiais (R\$)		
62 - Total de OPME (R\$)		
63 - Total de Medicamentos (R\$)		
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		
65 - Total Geral (R\$)		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado		
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
72 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
74 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
75 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
76 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
77 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
78 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
79 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
80 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
82 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
83 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
84 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
86 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
87 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
88 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
89 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
90 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
92 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
93 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
94 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
95 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
96 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
97 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
98 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
100 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

ACESSOPRD Data/Hora: 28/06/2018 18:34:34

Conta/Lote: 1313790

Atendimento: 2460685

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 / 1

1313790

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GABRIEL FAUAZ DE OLIVEIRA
Nome Mãe: SELMA FAUZ
Endereço: RUA PROFESSOR GUILHERME BUTLER
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 13/02/2002
Nome Pai: GUILHERME SALDANHA D
Número: 1287
Bairro: BARREIRINHA

Idade: 16 Anos 4 Meses 15 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 82700000
UF: PR

CODIGO 0000084381

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 28/06/2018 - 17:00

CRM: 35823
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone:

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 00000000000

CODIGO 0002460685

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável:

Grau de Parentesco:

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

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM TRAVE DE GOL, OCASIONANDO FCC EM REGIÃO DE SUPERCILIO ESQUERDO
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA
NEGA NAUSEA, EMESE
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEGA ALERGIAS

Exame Físico

FCC DE 1,5CM EM REGIÃO DE SUPERCILIO ESQUERDO
SEM DEFICIT NEUROLOGICO

Diagnóstico

FCC EM REGIÃO DE SUPERCILIO ESQUERDO

Tratamento/Conduta

ORIENTAÇÕES,,PRESCRIÇÃO, DEGERMAÇÃO E SUTURA COM COLA, ALTA, RETORNO IMEDIATO SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS

Médico(a): DOUGLAS FAGUNDES
TEIXEIRA CRM: 35823

Dr. Douglas Fagundes Teixeira
Médico / Cirurgia Geral
CRM-PR 35.823

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Fauaz de Oliveira



Nº da guia: 152

Data Nascimento: 13/02/2002

Nº da carteirinha: 3.6.7127

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2018	15:44:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando futebol, errou o chute e se pendurou na trave, bateu o supercílio esquerdo, fazendo um corte.

Testemunha da ocorrência

Francisco

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Ricardo (professor)

Data

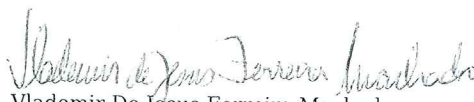
28/06/2018

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

Observações

Foi colocado soro fisiológico no local e colocado um curativo. Não conseguimos falar com os pais, mas falamos com uma amiga da família (Chayane).

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 - 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 24923800000000	6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 27/07/2018	10 - Nome ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 207444410420018	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 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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/07/2018	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 59	30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS			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 27/07/2018 13:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
2 27/07/2018 13:44 22 307111010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 100.00 1.0 100.00				
001 10.50 1.0 10.50				
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 110.50 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de OPME (R\$) 0.00 62 - Total de GPM (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 140.50				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ANANDA BEATRIZ TOSTA DA SILVA
Nome Mãe: VANDERLEIA DE PAULA TOSTA
Endereço: RUA ADELINO LEAL NUNES
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 08/06/2001
Nome Pai: VALDIR JOAO RODOLFO
Número: 68
Bairro: NOVO MUNDO

CODIGO 0000205212
Idade: 17 Anos 1 Mês 23 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente: 207444410420018
Complemento:
CEP: 81020080 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 27/07/2018 - 13:44

CRM: 25919
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 32463369

CODIGO 0002492380
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: CLINICA ADVENTISTA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: ELIANE PAVARIN

Grau de Parentesco: FUNCIONARIO

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

PACIENTE QUEIXANDO DE DOR NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA APÓS TRAUMA AXIAL CONTUSO HÁ 2 HORAS.
NEGADA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA.

Exame Físico

DISCRETO AUMENTO DE VOLUME NA TOPOGRAFIA DE IFD DO 3º QDE
SEM EQUIMOSE
ADM PRESERVADA, EMBORA DOLOROSA
SEM CREPITAÇÃO

Diagnóstico

CONTUSAO DE DEDO DA MÃO

Tratamento/Conduta

TALA DE ALUMINIO 2 SEMANAS
RECEITO NOVALGINA + MAXSULID + GELO LOCAL
ORIENTO RETORNO SE NECESSARIO

Dr. Victor Hugo Mariano Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25919

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 31/07/2018

Página: 1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Ananda B. Costa da Silva</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>6622</u>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colégio Curitiba Adventista Bom Refúgio</u>		TELEFONE: <u>32251920</u>	
ENDEREÇO: <u>Lysimaco Ferreira da Costa 980</u>		CIDADE: <u>Curitiba</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>27/7</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☒ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☒ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>10h30</u>			
LOCAL ONDE OCORREU: <u>Quadra</u>			

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

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

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME: <u>Regiane (prof. Ed. Física)</u>		TELEFONE:
NOME: <u>Marsele</u>		TELEFONE: <u>997806576</u>
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <u>Marsele</u>		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

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

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

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

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

Dr. Hugo Barros
Fisioterapeuta