

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	165,45	Pag. NF 315294 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP - ASP

Total Geral 165,45

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


 Elaborado por:
 Karen Coelho Chaves

Emitido em: 01/10/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 316360, Série: U, emitido em 20/09/2018, conversão em 20/09/2018

Número da Nota

315294

Data e Hora de Emissão

20/09/2018 00:00:00

Código de Verificação

6GJ01209

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 165,45

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$165,45

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	165,45	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.

20 SET. 2018

Agrupamento: 3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EXAMES RADIOLOGIC Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATOR

Remessa: 111927 Competência: 09/2018 Entrega: 20/09/2018
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal



Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Termo						
03/09/2018	03/09/2018	2532462000		1348864	2532462	ALESSANDRA CAROLINA DE O0000000000	42,05
03/09/2018	03/09/2018	2533012000		1349166	2533012	MARIA CLARA FREITAS BATIS13301703	78,76
06/09/2018	06/09/2018	2536235000		1350503	2536235	NICOLE THEODORO PROCILIA 000000000	44,64
Total : 3							165,45
Total Geral : 3							165,45



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 03/09/2018	5 - Senha 2533012000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2533012000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3301703	9 - Validade da Carteira 01/09/2019	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA	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 JORGE ALBERTO LEDESMA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5962	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225320			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 03/09/2018 19:14	22	40803082	RX - BRACO
2 03/09/2018 19:14	22	40803090	RX - COTOVELO
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001	1.0		40.72
001	1.0		38.04
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / / 4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 78.76 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 78.76			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Atendimento de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2533012000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2533012	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2533012	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 03/09/2018	5 - Senha 2533012	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3301703	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante JORGE ALBERTO LEDESMA	16 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2018	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 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 03/09/2018 19:14	22 40803082	RX - BRACO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
2 03/09/2018 19:14	22 40803090	RX - COTOVELO	001 1.0 40.72	
			001 1.0 38.04	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 78.76				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00				
62 - Total de OPME (R\$) 0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 78.76				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 97981 Pedido: 770777
Paciente: **MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: RAFAEL E GARCIA

Data Pedido: 03/09/2018 19:14:00
Data Laudo: 04/09/2018 13:45:32

RADIOGRAFIA DE UMEROS E COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle com tala gessada

Fratura de úmero distal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Clara Freitas Batista Nogueira

Nº da guia: 296

Nº da carteirinha: 3.30.1703

Data Nascimento: 09/02/2009

Escola: Escola Adventista Vista Alegre -
EIEF

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

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Telefone

Débora Russi

(41) 3028-5400

Leandro Freitas de Carvalho

(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros

Data

Débora Russi e Leandro Freitas

23/08/2018

Local de atendimento

Endereço

Nº | Bairro

Telefone

Atendimento no próprio
estabelecimento

Observações

Gerais

Assinatura:

Jessica Lohane
Jessica Lohane

ESTE FORMULÁRIO É DE
PRESTADOR JURADO

ATENDIMENTO

Instituição Adventista

Alameda João de Deus

Assistente Administrativo

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Sentia 2532462000	6 - Data de Validade da Senha 2532462000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2532462000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3627	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante					
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 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 03/09/2018 12:00 12:00	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804038 RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 42.05 1.0 42.05			
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.05	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 42.05					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2532462000000

Folha: 1 / 1

2532462 770590

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2532462	6 - Data de Validade da Senha 2532462	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2532462	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
4 - Data de Autorização 03/09/2018	8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA			
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3627	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante						
28 - Código da 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 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 03/09/2018 12:00 22 40804038	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.05 42.05				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /						
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.05	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 42.05
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Sentença	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Atend.	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
31 - Tipo de Atendimento	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Código CBO	37 - Hora Inicial
38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de 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

Dr. Antonio Ramos de Oliveira
CRM 3627
Pediatra

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	436530	Pedido:	770590	
Paciente:	ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA CASANOVA			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante:	ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA			
		Data Pedido:	03/09/2018 12:00:00	
		Data Laudo:	03/09/2018 15:25:53	

RADIOGRAFIA DA COXOFEMORAL DIREITA

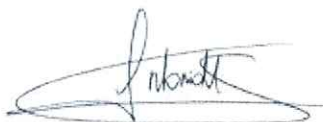
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alessandra Carolina de Oliveira Casanova



Nº da guia: 332

Data Nascimento: 04/12/2009

Nº da carteirinha: 2.78.431

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2018	09:10:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Coxa Direita, Perna Direita, Pé Direito

Descrição

A aluna estava em aula, e sentiu dores musculares (estiramento) ao movimentar-se para fazer as atividades.

Testemunha da ocorrência

Profª Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Gleici

Data

03/09/2018

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

A aluna não consegue se movimentar sua perna direito.

Assinatura:

Erik Fernando dos Santos de Araújo
Erik Fernando dos Santos de Araújo

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 06/09/2018	5 - Senha 2536235000	10 - Nome NICOLE THEODORO PROCILIANO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome NICOLE THEODORO PROCILIANO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	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 NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 11611
18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/09/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
ou Item Assistencial				
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 06/09/2018 10:36	22 40801020	RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS	42 - Otd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	44.64
001 1.0 44.64				
Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.64				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00				
62 - Total de OPME (R\$) 0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 44.64				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2536235000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 000000	5 - Sentia 2536235	6 - Data de Validade da Sentia 2536235	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2536235	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome NICOLE THEODORO PROCILIANO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 11611	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/09/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 06/09/2018 10:36	22 40801020	22 40801020	EX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS		
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001	1.0	44.64	44.64		
Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)					
48 - Sg. Ref. 49 - Gz. Part 50 - Cód na operadora/CPP 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.64					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de CPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 44.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS _____
3 - Número da Guia Principal _____
4 - Data da Autorização _____
5 - Senha _____

6 - Data de Validade da Senha _____
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
8 - Número da Carteira _____
9 - Validade da Carteira _____

10 - Nome do Beneficiário _____
11 - Cartão Nacional de Saúde _____
12 - Atendimento a RN _____

13 - Nome do Solicitante _____
14 - Nome do Contratado _____
15 - Nome do Profissional Solicitante _____

16 - Conselho Profissional _____
17 - Número no Conselho _____
18 - UF _____
19 - Código CBO _____
20 - Assinatura do Profissional Solicitante _____

21 - Caracter do Atendimento _____
22 - Data da Solicitação _____
23 - Indicação Clínica _____

24 - Tabela _____
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____
26 - Descrição _____

27 - Qtd. Solic. _____
28 - Qtd. Aut. _____
29 - Código na Operadora _____
30 - Nome do Contratado _____

31 - Código CNES _____
32 - Tipo de Atendimento _____
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____
34 - Tipo de Consulta _____
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

36 - Data _____
37 - Hora Inicial _____
38 - Hora Final _____
39 - Tabela _____
40 - Código do Procedimento _____
41 - Descrição _____

42 - Qtd. _____
43 - Via _____
44 - Tec. _____
45 - Fator Red./Acresc. _____
46 - Valor Unitário (R\$) _____
47 - Valor Total (R\$) _____

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF _____
51 - Nome do Profissional _____
52 - Conselho Profissional _____
53 - Número no Conselho _____
54 - UF _____
55 - Código CBO _____

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
59 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

60 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
61 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
62 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
63 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

64 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
65 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
66 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
67 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

68 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
69 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
70 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
71 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

72 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
73 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
74 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
75 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

76 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
77 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
78 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
79 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

80 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
81 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____
82 - Data de Realização de Procedimentos em Série _____
83 - Assinatura do Responsável ou Operadora _____

Dra. Neuma M. S. Kormann
CRM 11611

Ex cronio AP fixa e fovea

Deonice Ilha do
06/09/18

Dra. Neuma M. S. Kormann
CRM 11611

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	342247	Pedido:	771816	
Paciente:	NICOLE THEODORO PROCILIANO			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante:	NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN		Data Pedido:	06/09/2018 10:36:00
			Data Laudo:	11/09/2018 14:04:55

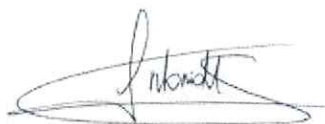
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

Nicole Theodoro

Nº DA MATRÍCULA:

5639

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Colegio Adventista Bom Retiro

TELEFONE:

32251920

ENDEREÇO:

CIDADE:

Curitiba

UF:

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

06/09/18

NATUREZA DO ACIDENTE:

- () ATROPELAMENTO
() BRIGA
() CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO
() CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA
() CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO
() CORPO ESTRANHO
() QUEIMADURA
(X) 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
(X) OUTROS
QUAL?

HORÁRIO DO ACIDENTE:

9:10

LOCAL ONDE OCORREU:

escada da biblioteca

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

Aluna caiu na escada quando telefonava p/ mãe

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Deizi D. Silva

TELEFONE: 996319721

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

monitoria

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

monitoria e orientadora

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Regenero Príncipe

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.
(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

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

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