



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

RQ:	011/00
Tipo:	Registro

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Banco: Agência: Conta:

Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	1.870,50	Pag. NF 317627 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP

Total Geral 1.870,50

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

Karen Coelho Chaves
Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 24/10/2018



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

RPS nº. 318724, Série: U, emitido em 10/10/2018, conversão em 10/10/2018

Número da Nota

317627

Data e Hora de Emissão

10/10/2018 09:10:21

Código de Verificação

0VDS710A

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.870,50

11 OUT. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.870,50

Código da Atividade

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	1.870,50	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	488	09/10/2018	1 / 2

Conferência Cobrança		Data		Tipo	
Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	488		09/10/2018	09/11/2018	0%
		Mesma Via		Outra Via	Bilateral
		100,00%		70,00%	50,00%
				DATA DA PRODUÇÃO	

Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Fim	Fer Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa	Valor
2512321 18.10.00974	2512321	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (34335 - ADRIA KARINA FARIAS DE AQUINO)	MARIA CLARA BARCHIK DOS SANTOS		15/08/2018 22:05	22:15	NÃO SIM	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00	56,50
2520024 18.10.00974	2520024	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA)	HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NAS	2374535	22/08/2018 17:34	17:44	NÃO NÃO	SIM	30711010 10101039	01A	M	N	C	0,00	10,50
2525349 18.10.00974	2525349	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (23173 - ANDRE MARCELO OKURA)	JULIANA TEOFILO DOS SANTOS	2376179	27/08/2018 01:35	01:45	NÃO SIM	SIM	10101039		U	N	C	30,00	140,50
253240 18.10.00974	253240	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (3627 - ANTONIO RAMOS OLIVEIRA)	ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA	278431	03/09/2018 11:54	12:04	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	160,00
2521431 18.10.00974	2521431	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (35823 - DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA)	ISAQUE VIEIRA DA SILVA	2334906	23/08/2018 19:51	20:01	NÃO SIM	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00	56,50
2556209 18.10.00974	2556209	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (16118 - FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION)	LUIZA ALVES DE MATTOS	377268	24/09/2018 18:14	18:24	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	160,00
2521045 18.10.00974	2521045	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO)	SARAH KETHELLY OLIVEIRA DA MAIA		23/08/2018 13:22	13:32	NÃO NÃO	SIM	30711010 10101039	01A	M	N	C	0,00	10,50
2513427 18.10.00974	2513427	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO)	MATEUS DA SILVA NEVES		16/08/2018 10:32	10:42	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	140,50
2505288 18.10.00974	2505288	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI)	EDUARDO MARTINEZ MACHADO	377190	09/09/2018 13:33	13:43	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
251812 18.10.00974	251812	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (10470 - MARIA TERESA RESNAUER TAQUES)	STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO	2323230	21/08/2018 11:30	11:40	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2536199 18.10.00974	2536199	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (11611 - NEUMA MARILIA M. DA SILVA KORMAN)	NICOLE THEODORO PROCILIANO		06/09/2018 10:15	10:25	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00
2521385 18.10.00974	2521385	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA/ Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL (25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS)	MARIA CLARA FREITAS BATISTA	3301703	23/08/2018 19:59	20:09	NÃO SIM	SIM	30718066 10101039	02B	M	N	C	0,00	56,50

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO			
Relatório	Cobrança	Data	Página
RELATÓRIO COBRANÇA	488	09/10/2018	2 / 2

Total	Produção	Retenção	Taxa	Valor
Boleins 12	1510,50		360,00	1870,50

Relatório Emitido por: ANA PAULA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 09/08/2018	ATIVO	ATIVO			N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 377190	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome EDUARDO MARTINEZ MACHADO			
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
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 09/08/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	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\$)	
			100039 -	Consulta	109,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
49 - Sec. 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					
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\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	30.00
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
Assinatura de Saize Machado					
ACESSOPRD Data/Hora: 09/08/2018 13:33:23					
Conta/Lote: 1335740					
Atendimento: 2505288					
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1335740					
1 / 1					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Martinez Machado



Nº da guia: 237

Nº da carteirinha: 3.7.7190

Data Nascimento: 17/07/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

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

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

Descrição
O aluno caiu em cima do ombro.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jeferson	09/08/2018

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

Observações
O aluno sente muita dor no Ombro.

Assinatura:


CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina
Cleberson Luz

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

1339596



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):

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Sentença	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	NICOLE THEODORO PROCILIANO	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	0000000000				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora	765915690000130				
14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante	NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	19 - Código CBO
2	06/09/2018		6	11611	225124
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	765915690000130				
30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
04	9	1			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
06/09	10:15	10104039	consulta em P.S.		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
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\$)		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	0.00
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Contratado		66 - Total Geral (R\$)	67 - Total Geral (R\$)
				30.00	100,00
ACESSOPRD		Data/Hora: 06/09/2018 10:28:43	Conta/Lote: 1350485	Atendimento: 2536199	Convenção: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
				1350485	



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

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

NOME:

TELEFONE: 996319721

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:

Pequeno Principe

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

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

Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 25324000000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data da Autorização		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 278431		9 - Validade da Carteira 03/09/2019		10 - Nome ALESSANDRA CAROLINA DE OLIVEIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código na Operadora 765915690000130		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 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura Profissional Solicitante		21 - Tipo Atendimento 11		22 - Data da Solicitação 03/09/2018	
23 - Indicação Clínica 2		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Ql Solic.		28 - Ql Autoriz.	
29 - Código na Operadora 765915690000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 2	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 5		36 - Data 03092018		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 11:54		39 - Tabela 22 10101039	
40 - Procedimento 2		41 - Descrição 11:54 22 10101039 Comece em Pronto Socorro		42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 100,00		47 - Valor Total (R\$) 100,00		48 - Seq. Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPP		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00		60 - Total Taps e Aluguéis (R\$) 30.00		61 - Total Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Observações / Justificativa		70 - Total (R\$) 100,00		71 - Total (R\$) 30,00		72 - Total (R\$) 0,00		73 - Total (R\$) 0,00	
74 - Total (R\$) 0,00		75 - Total (R\$) 0,00		76 - Total (R\$) 0,00		77 - Total (R\$) 0,00		78 - Total (R\$) 0,00	
79 - Total (R\$) 0,00		80 - Total (R\$) 0,00		81 - Total (R\$) 0,00		82 - Total (R\$) 0,00		83 - Total (R\$) 0,00	
84 - Total (R\$) 0,00		85 - Total (R\$) 0,00		86 - Total (R\$) 0,00		87 - Total (R\$) 0,00		88 - Total (R\$) 0,00	
89 - Total (R\$) 0,00		90 - Total (R\$) 0,00		91 - Total (R\$) 0,00		92 - Total (R\$) 0,00		93 - Total (R\$) 0,00	
94 - Total (R\$) 0,00		95 - Total (R\$) 0,00		96 - Total (R\$) 0,00		97 - Total (R\$) 0,00		98 - Total (R\$) 0,00	
99 - Total (R\$) 0,00		100 - Total (R\$) 0,00		101 - Total (R\$) 0,00		102 - Total (R\$) 0,00		103 - Total (R\$) 0,00	
104 - Total (R\$) 0,00		105 - Total (R\$) 0,00		106 - Total (R\$) 0,00		107 - Total (R\$) 0,00		108 - Total (R\$) 0,00	
109 - Total (R\$) 0,00		110 - Total (R\$) 0,00		111 - Total (R\$) 0,00		112 - Total (R\$) 0,00		113 - Total (R\$) 0,00	
114 - Total (R\$) 0,00		115 - Total (R\$) 0,00		116 - Total (R\$) 0,00		117 - Total (R\$) 0,00		118 - Total (R\$) 0,00	
119 - Total (R\$) 0,00		120 - Total (R\$) 0,00		121 - Total (R\$) 0,00		122 - Total (R\$) 0,00		123 - Total (R\$) 0,00	
124 - Total (R\$) 0,00		125 - Total (R\$) 0,00		126 - Total (R\$) 0,00		127 - Total (R\$) 0,00		128 - Total (R\$) 0,00	
129 - Total (R\$) 0,00		130 - Total (R\$) 0,00		131 - Total (R\$) 0,00		132 - Total (R\$) 0,00		133 - Total (R\$) 0,00	
134 - Total (R\$) 0,00		135 - Total (R\$) 0,00		136 - Total (R\$) 0,00		137 - Total (R\$) 0,00		138 - Total (R\$) 0,00	
139 - Total (R\$) 0,00		140 - Total (R\$) 0,00		141 - Total (R\$) 0,00		142 - Total (R\$) 0,00		143 - Total (R\$) 0,00	
144 - Total (R\$) 0,00		145 - Total (R\$) 0,00		146 - Total (R\$) 0,00		147 - Total (R\$) 0,00		148 - Total (R\$) 0,00	
149 - Total (R\$) 0,00		150 - Total (R\$) 0,00		151 - Total (R\$) 0,00		152 - Total (R\$) 0,00		153 - Total (R\$) 0,00	
154 - Total (R\$) 0,00		155 - Total (R\$) 0,00		156 - Total (R\$) 0,00		157 - Total (R\$) 0,00		158 - Total (R\$) 0,00	
159 - Total (R\$) 0,00		160 - Total (R\$) 0,00		161 - Total (R\$) 0,00		162 - Total (R\$) 0,00		163 - Total (R\$) 0,00	
164 - Total (R\$) 0,00		165 - Total (R\$) 0,00		166 - Total (R\$) 0,00		167 - Total (R\$) 0,00		168 - Total (R\$) 0,00	
169 - Total (R\$) 0,00		170 - Total (R\$) 0,00		171 - Total (R\$) 0,00		172 - Total (R\$) 0,00		173 - Total (R\$) 0,00	
174 - Total (R\$) 0,00		175 - Total (R\$) 0,00		176 - Total (R\$) 0,00		177 - Total (R\$) 0,00		178 - Total (R\$) 0,00	
179 - Total (R\$) 0,00		180 - Total (R\$) 0,00		181 - Total (R\$) 0,00		182 - Total (R\$) 0,00		183 - Total (R\$) 0,00	
184 - Total (R\$) 0,00		185 - Total (R\$) 0,00		186 - Total (R\$) 0,00		187 - Total (R\$) 0,00		188 - Total (R\$) 0,00	
189 - Total (R\$) 0,00		190 - Total (R\$) 0,00		191 - Total (R\$) 0,00		192 - Total (R\$) 0,00		193 - Total (R\$) 0,00	
194 - Total (R\$) 0,00		195 - Total (R\$) 0,00		196 - Total (R\$) 0,00		197 - Total (R\$) 0,00		198 - Total (R\$) 0,00	
199 - Total (R\$) 0,00		200 - Total (R\$) 0,00		201 - Total (R\$) 0,00		202 - Total (R\$) 0,00		203 - Total (R\$) 0,00	
204 - Total (R\$) 0,00		205 - Total (R\$) 0,00		206 - Total (R\$) 0,00		207 - Total (R\$) 0,00		208 - Total (R\$) 0,00	
209 - Total (R\$) 0,00		210 - Total (R\$) 0,00		211 - Total (R\$) 0,00		212 - Total (R\$) 0,00		213 - Total (R\$) 0,00	
214 - Total (R\$) 0,00		215 - Total (R\$) 0,00		216 - Total (R\$) 0,00		217 - Total (R\$) 0,00		218 - Total (R\$) 0,00	
219 - Total (R\$) 0,00		220 - Total (R\$) 0,00		221 - Total (R\$) 0,00		222 - Total (R\$) 0,00		223 - Total (R\$) 0,00	
224 - Total (R\$) 0,00		225 - Total (R\$) 0,00		226 - Total (R\$) 0,00		227 - Total (R\$) 0,00		228 - Total (R\$) 0,00	
229 - Total (R\$) 0,00		230 - Total (R\$) 0,00		231 - Total (R\$) 0,00		232 - Total (R\$) 0,00		233 - Total (R\$) 0,00	
234 - Total (R\$) 0,00		235 - Total (R\$) 0,00		236 - Total (R\$) 0,00		237 - Total (R\$) 0,00		238 - Total (R\$) 0,00	
239 - Total (R\$) 0,00		240 - Total (R\$) 0,00		241 - Total (R\$) 0,00		242 - Total (R\$) 0,00		243 - Total (R\$) 0,00	
244 - Total (R\$) 0,00		245 - Total (R\$) 0,00		246 - Total (R\$) 0,00		247 - Total (R\$) 0,00		248 - Total (R\$) 0,00	
249 - Total (R\$) 0,00		250 - Total (R\$) 0,00		251 - Total (R\$) 0,00		252 - Total (R\$) 0,00		253 - Total (R\$) 0,00	
254 - Total (R\$) 0,00		255 - Total (R\$) 0,00		256 - Total (R\$) 0,00		257 - Total (R\$) 0,00		258 - Total (R\$) 0,00	
259 - Total (R\$) 0,00		260 - Total (R\$) 0,00		261 - Total (R\$) 0,00		262 - Total (R\$) 0,00		263 - Total (R\$) 0,00	
264 - Total (R\$) 0,00		265 - Total (R\$) 0,00		266 - Total (R\$) 0,00		267 - Total (R\$) 0,00		268 - Total (R\$) 0,00	
269 - Total (R\$) 0,00		270 - Total (R\$) 0,00		271 - Total (R\$) 0,00		272 - Total (R\$) 0,00		273 - Total (R\$) 0,00	
274 - Total (R\$) 0,00		275 - Total (R\$) 0,00		276 - Total (R\$) 0,00		277 - Total (R\$) 0,00		278 - Total (R\$) 0,00	
279 - Total (R\$) 0,00		280 - Total (R\$) 0,00		281 - Total (R\$) 0,00		282 - Total (R\$) 0,00		283 - Total (R\$) 0,00	
284 - Total (R\$) 0,00		285 - Total (R\$) 0,00		286 - Total (R\$) 0,00		287 - Total (R\$) 0,00		288 - Total (R\$) 0,00	
289 - Total (R\$) 0,00		290 - Total (R\$) 0,00		291 - Total (R\$) 0,00		292 - Total (R\$) 0,00		293 - Total (R\$) 0,00	
294 - Total (R\$) 0,00		295 - Total (R\$) 0,00		296 - Total (R\$) 0,00		297 - Total (R\$) 0,00		298 - Total (R\$) 0,00	
299 - Total (R\$) 0,00		300 - Total (R\$) 0,00		301 - Total (R\$) 0,00		302 - Total (R\$) 0,00		303 - Total (R\$) 0,00	
304 - Total (R\$) 0,00		305 - Total (R\$) 0,00		306 - Total (R\$) 0,00		307 - Total (R\$) 0,00		308 - Total (R\$) 0,00	
309 - Total (R\$) 0,00		310 - Total (R\$) 0,00		311 - Total (R\$) 0,00		312 - Total (R\$) 0,00		313 - Total (R\$) 0,00	
314 - Total (R\$) 0,00		315 - Total (R\$) 0,00		316 - Total (R\$) 0,00		317 - Total (R\$) 0,00		318 - Total (R\$) 0,00	
319 - Total (R\$) 0,00		320 - Total (R\$) 0,00		321 - Total (R\$) 0,00		322 - Total (R\$) 0,00		323 - Total (R\$) 0,00	
324 - Total (R\$) 0,00		325 - Total (R\$) 0,00		326 - Total (R\$) 0,00		327 - Total (R\$) 0,00		328 - Total (R\$) 0,00	
329 - Total (R\$) 0,00		330 - Total (R\$) 0,00		331 - Total (R\$) 0,00		332 - Total (R\$) 0,00		333 - Total (R\$) 0,00	
334 - Total (R\$) 0,00		335 - Total (R\$) 0,00		336 - Total (R\$) 0,00		337 - Total (R\$) 0,00		338 - Total (R\$) 0,00	
339 - Total (R\$) 0,00		340 - Total (R\$) 0,00		341 - Total (R\$) 0,00		342 - Total (R\$) 0,00		343 - Total (R\$) 0,00	
344 - Total (R\$) 0,00		345 - Total (R\$) 0,00		346 - Total (R\$) 0,00		347 - Total (R\$) 0,00		348 - Total (R\$) 0,00	
349 - Total (R\$) 0,00		350 - Total (R\$) 0,00		351 - Total (R\$) 0,00		352 - Total (R\$) 0,00		353 - Total (R\$) 0,00	
354 - Total (R\$) 0,00		355 - Total (R\$) 0,00		356 - Total (R\$) 0,00		357 - Total (R\$) 0,00		358 - Total (R\$) 0,00	
359 - Total (R\$) 0,00		360 - Total (R\$) 0,00		361 - Total (R\$) 0,00		362 - Total (R\$) 0,00		363 - Total (R\$) 0,00	
364 - Total (R\$) 0,00		365 - Total (R\$) 0,00		366 - Total (R\$) 0,00		367 - Total (R\$) 0,00		368 - Total (R\$) 0,00	
369 - Total (R\$) 0,00		370 - Total (R\$) 0,00		371 - Total (R\$) 0,00		372 - Total (R\$) 0,00		373 - Total (R\$) 0,00	
374 - Total (R\$) 0,00		375 - Total (R\$) 0,00		376 - Total (R\$) 0,00		377 - Total (R\$) 0,00		378 - Total (R\$) 0,00	
379 - Total (R\$) 0,00		380 - Total (R\$) 0,00		381 - Total (R\$) 0,00		382 - Total (R\$) 0,00		383 - Total (R\$) 0,00	
384 - Total (R\$) 0,00		385 - Total (R\$) 0,00		386 - Total (R\$) 0,00		387 - Total (R\$) 0,00		388 - Total (R\$) 0,00	
389 - Total (R\$) 0,00		390 - Total (R\$) 0,00		391 - Total (R\$) 0,00		392 - Total (R\$) 0,00		393 - Total (R\$) 0,00	
394 - Total (R\$) 0,00		395 - Total (R\$) 0,00		396 - Total (R\$) 0,00		397 - Total (R\$) 0,00		398 - Total (R\$) 0,00	
399 - Total (R\$) 0,00		400 - Total (R\$) 0,00		401 - Total (R\$) 0,00		402 - Total (R\$) 0,00		403 - Total (R\$) 0,00	
404 - Total (R\$) 0,00		405 - Total (R\$) 0,00		406 - Total (R\$) 0,00		407 - Total (R\$) 0,00		408 - Total (R\$) 0,00	
409 - Total (R\$) 0,00		410 - Total (R\$) 0,00		411 - Total (R\$) 0,00		412 - Total (R\$) 0,00		413 - Total (R\$) 0,00	
414 - Total (R\$) 0,00		415 - Total (R\$) 0,00		416 - Total (R\$) 0,00		417 - Total (R\$) 0,00		418 - Total (R\$) 0,00	
419 - Total (R\$) 0,00		420 - Total (R\$) 0,00		421 - Total (R\$) 0,00		422 - Total (R\$) 0,00		423 - Total (R\$) 0,00	
424 - Total (R\$) 0,00		425 - Total (R\$) 0,00		426 - Total (R\$) 0,00		427 - Total (R\$) 0,00		428 - Total (R\$) 0,00	
429 - Total (R\$) 0,00		430 - Total (R\$) 0,00		431 - Total (R\$) 0,00		432 - Total (R\$) 0,00		433 - Total (R\$) 0,00	
434 - Total (R\$) 0,00		435 - Total (R\$) 0,00		436 - Total (R\$) 0,00		437 - Total (R\$) 0,00		438 - Total (R\$) 0,00	
439 - Total (R\$) 0,00		440 - Total (R\$) 0,00		441 - Total (R\$) 0,00		442 - Total (R\$) 0,00		443 - Total (R\$) 0,00	
444 - Total (R\$) 0,00		445 - Total (R\$) 0,00		446 - Total (R\$) 0,00		447 - Total (R\$) 0,00		448 - Total (R\$) 0,00	
449 - Total (R\$) 0,00		450 - Total (R\$) 0,00		451 - Total (R\$) 0,00		452 - Total (R\$) 0,00		453 - Total (R\$) 0,00	
454 - Total (R\$) 0,00		455 - Total (R\$) 0,00		456 - Total (R\$) 0,00		457 - Total (R\$) 0,00		458 - Total (R\$) 0,00	
459 - Total (R\$) 0,00		460 - Total (R\$) 0,00		461 - Total (R\$) 0,00		462 - Total (R\$) 0,00		463 - Total (R\$) 0,00	
464 - Total (R\$) 0,00		465 - Total (R\$) 0,00		466 - Total (R\$) 0,00		467 - Total (R\$) 0,00		468 - Total (R\$) 0,00	
469 - Total (R\$) 0,00		470 - Total (R\$) 0,00		471 - Total (R\$) 0,00		472 - Total (R\$) 0,00		473 - Total (R\$) 0,00	
474 - Total (R\$) 0,00		475 - Total (R\$) 0,00		476 - Total (R\$) 0,00		477 - Total (R\$) 0,00		478 - Total (R\$) 0,00	
479 - Total (R\$) 0,00		480 - Total (R\$) 0,00		481 - Total (R\$) 0,00		482 - Total (R\$) 0,00		483 - Total (R\$) 0,00	
484 - Total (R\$) 0,00		485 - Total (R\$) 0,00		486 - Total (R\$) 0,00		487 - Total (R\$) 0,00		488 - Total (R\$) 0,00	
489 - Total (R\$) 0,00		490 - Total (R\$) 0,00		491 - Total (R\$) 0,00		492 - Total (R\$) 0,00		493 - Total (R\$) 0,00	
494 - Total (R\$) 0,00		495 - Total (R\$) 0,00		496 - Total (R\$) 0,00		497 - Total (R\$) 0,00		498 - Total (R\$) 0,00	
499 - Total (R\$) 0,00		500 - Total (R\$) 0,00		501 - Total (R\$) 0,00		502 - Total (R\$) 0,00		503 - Total (R\$) 0,00	
504 - Total (R\$) 0,00		505 - Total (R\$) 0,00		506 - Total (R\$) 0,00		507 - Total (R\$) 0,00		508 - Total (R\$) 0,00	
509 - Total (R\$) 0,00		510 - Total (R\$) 0,00		511 - Total (R\$) 0,00		512 - Total (R\$) 0,00		513 - Total (R\$) 0,00	
514 - Total (R\$) 0,00		515 - Total (R\$) 0,00		516 - Total (R\$) 0,00		517 - Total (R\$) 0,00		518 - Total (R\$) 0,00	
519 - Total (R\$) 0,00		520 - Total (R\$) 0,00		521 - Total (R\$) 0,00		522 - Total (R\$) 0,00		523 - Total (R\$) 0,00	
524 - Total (R\$) 0,00		525 - Total (R\$) 0,00		526 - Total (R\$) 0,00		527 - Total (R\$) 0,00		528 - Total (R\$) 0,00	
529 - Total (R\$) 0,00		530 - Total (R\$) 0,00		531 - Total (R\$) 0,00		532 - Total (R\$) 0,00		533 - Total (R\$) 0,00	
534 - Total (R\$) 0,00		535 - Total (R\$) 0,00		536 - Total (R\$) 0,00		537 - Total (R\$) 0,00		538 - Total (R\$) 0,00	
539 - Total (R\$) 0,00		540 - Total (R\$) 0,00		541 - Total (R\$) 0,00		542 - Total (R\$) 0,00		543 - Total (R\$) 0,00	
544 - Total (R\$) 0,00		545 - Total (R\$) 0,00		546 - Total (R\$) 0,00		547 - Total (R\$) 0,00		548	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alessandra Carolina de Oliveira Casanova

Nº da guia: 332

Nº da carteirinha: 2.78.431

Data Nascimento: 04/12/2009

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	Partes do corpo
Torção	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

Profº Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Gleici

Data

03/09/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna não consegue se movimentar sua perna direito.

Assinatura:

Erik Fernando dos S. Araújo
Erik Fernando dos Santos de Araújo

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

Impresso por: Erik Fernando dos Santos de Araújo

1 de 1

3/09/2018 09:44

000000

Dados do Beneficiário

19 - Nome da Criança

31/12/2018

19 - Validade da Carteira

31/12/2018

19 - Nome

LUIZA ALVES DE MATTOS

113 - Cartão Nacional de Saúde

701703258803370

112 - Atendimento à 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

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

16118

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

10.118-PR

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

24/09/2018

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

1

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Ide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red. Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

109,00

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Ide

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/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Contratado

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luiza Alves de Mattos

Nº da guia: 391

Nº da carteirinha: 3.7.7268

Data Nascimento: 20/11/2013

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2018	17:18:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
estava no parquinho, com outras crianças e bateu a cabeça no Playground

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jaala	(41) 98497-8353
Jeferson Turibio	(44) 98497-8353

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jaala	24/09/2018

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 esta consciente mais sentindo dor no local do acidente

CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina

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



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 25181200000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal ELEGIVEL	6 - Data de Validade da Senha 17370	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17370	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2323230	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome STEPHANY CAROLINE MELO DEVIETRO		
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA TERESA RESNAUER TAQUES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10470	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 				
21 - Assinatura do Profissional Solicitante Jrta. M. Ieressa R. Iaqui CRM-PR 10470				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
22 - Data da Solicitação 21/08/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 21/08/2018 11:30 22 40101039 - CONSULTA				
42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 100,00				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Cr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total de Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total de Gases Médicinas (R\$)				
65 - Total Geral (R\$) 100,00				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado 				
Jrta. M. Ieressa R. Iaqui CRM-PR 10470				





Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2018** Data Matrícula: **12/12/2017**

Nome: **Stephany Caroline Melo Devietro (3230)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **82**

Sexo: **F** Data Nascimento: **09/12/2005** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**

Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34** Complemento: **casa 9**

Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81910-660**

Cert. Nascimento: **084336**

Cert. Nascimento Livro: **A-232** Cert. Nascimento Folha: **036**

Cert. Nascimento Termo: **084336**

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Identidade: **14508227-7** O.Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **16/07/2015** CPF: Cert. Nascimento UF: **INEP121362848270**

E-Mail: **stephanydevietro@yahoo.com.br** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Outras**

Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: **DIX** Nº: **55435249-4**

Telefones: Residencial: **41 30109861** | Residencial: **41 30691856** | Celular: **41984601468** |

Carteirinha Bloqueada? **Não** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Transporte escolar, Gisele(Mãe), Halifer(Irmão), Tere**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **033819919-57** Nome: **Paulo Juliano Devietro** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **20/02/1981** Estado Civil: **União Estável** Identidade: **7639838-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão:

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Edenilda Martins Leal nº 291, S/N**

Complemento: **Bairro Novo A** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-100**

Cx. Postal: E-Mail: Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7.298.901-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81910-660**

Cx. Postal: E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7.298.901-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81910-660**

Cx. Postal: E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **029882319-58** Nome: **Gisele Deolinda de Melo** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **24/10/1980** Estado Civil: **Solteiro** Identidade: **7.298.901-5** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **17/08/2001**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Gilberto Tesseroli Padilha, 34**

Complemento: **casa 9** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81910-660**

Cx. Postal: E-Mail: **giselemelo2013@bol.com.br** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41984601468** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Rodrigo de Araujo França
DIRETOR,,, - Ato nº 1.103.394/2016

Roberto Carlos Pereira
Secretário(a) - Ato nº 1.013.775/2011

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Stephany Caroline Melo Devietro

Nº da guia: 282

Nº da carteirinha: 2.32.3230

Data Nascimento: 09/12/2005

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2018	09:41:00	Sala de Aula	Sla de aula,,,

O que aconteceu	Partes do corpo
Ingeriu remédios,,,	Abdomen

Descrição
Aluna ingeriu remédios de sua mãe, segundo ela são calmantes,,,

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Atendimento médico,,,	21/08/2018

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
Mãe foi chamada irá junto com a ambulância até o especialista, Hosp. Peq. Príncipe,,,

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

9/9

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Juliana Teofilo dos Santos

Nº da guia: 319

Nº da carteirinha: 2.37.6179

Data Nascimento: 10/05/2005

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

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

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

Descrição
A aluna caiu no momento de ir para casa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tania Mara Luz de Oliveira	(41) 32322-6363
Tania Mara Luz de Oliveira	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eliane	27/08/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

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

76.726.884/0067-54
IASBE - CENTENÁRIO

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

Assinatura:

Tania Mara Luz de Oliveira
Tania Oliveira
Coord. Disciplina
Tânia Mara Luz de Oliveira

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2512321000000

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 15/08/2018	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome		N
Dados do Beneficiário		ATIVO			
8 - Número da Carteira	00000000	MARIA CLARA BARCHIK DOS SANTOS			
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora	765915690000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante	ADRIA KARINA FARIAS DE AQUINO	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		6	34335	41	225230
21 - Caráter Atendim.	2	22 - Data da Solicitação	CRM-PR 34335		
23 - Indicação Clínica	15/08/2018				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	765915690000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES
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 - Fator Red./Acresc					
46 - Valor Unitário (R\$)					
47 - Valor Total (R\$)					
55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 -	/	/	3 -	/	/
2 -	/	/	4 -	/	/
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 Material (R\$)	0.00
62 - Total de CPME (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
ACESSOPRD Data/Hora: 15/08/2018 22:05:24					
Conta/Lote: 1339185					
Atendimento: 2512321					
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1339185					
1 / 1					

30101784 - SURTUA

100039 - consulta

56,50

130,00

301.

186,50

X Selange R. B. dos Santos

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA CLARA BARCHIK DOS SANTOS
Nome Mãe: SOLANGE DOS SANTOS
Endereço: RUA BELA VISTA DO IPE
Cidade: ALMIRANTE TAMANDARÉ

Data Nasc: 18/06/2012
Nome Pai: EZEQUIEL DOS SANTOS
Número: 647
Bairro: CAMPINA DO ARRUDA

Idade: 6 Anos 1 Mês 28 Dias
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 83505410
Sexo: Feminino
UF: PR

CODIGO 0000457823

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): ADRIA KARINA FARIAS DE AQUINO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 15/08/2018 - 19:52

CRM: 34335
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 0000000

CODIGO 0002512321

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável:

Telefone:

Grau de Parentesco:

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

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL DE 1CM COM PERDA DE PELE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITO E OUTRAS QUEIXAS

Exame Físico

BEG, ATIVO, REATIVO, EUPNEICO E ACIANOTICA
FCC NA REGIÃO FRONTAL 1CM

Diagnóstico

FCC NA REGIÃO FRONTAL

Tratamento/Conduta

SUTURA COM COLA ADESIVA

Dr. Adria Farias
Cirurgia Pediátrica
CRM-PR 34335

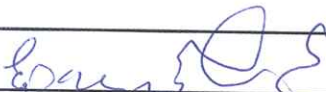
Médico(a): ADRIA KARINA FARIAS DE AQUINO
CRM: 34335





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Maria Clara Barchik dos Santos		Nº DA MATRÍCULA: 1751	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: ESCOLA ADVENTISTA SANTA EFIGÊNIA		TELEFONE: 41 3053 8636	
ENDEREÇO: Rua Prof. Guilherme Butler		CIDADE: Curitiba	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 15/08/2018	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☒ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL? BRINCANDO NO PARQUE	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 11h20			
LOCAL ONDE OCORREU: PARQUE 3D			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: A ALUNA ESTAVA BRINCANDO NO PARQUE 3D QUANDO BATEU A CABEÇA			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: NEUSA DA SILVA		TELEFONE: 41 99700-9171	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? NEUSA DA SILVA			
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 / 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 2521431000000

1 - Registro ANS 000000	5 - Número da Guia Principal	6 - Data da Autorização	5 - Sessão	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN	
Dados do Beneficiário				ISAQUE VIEIRA DA SILVA				
8 - Número da Carteira	2334906	9 - Validade da Carteira	23/08/2018					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 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados								
21 - Caracter. Atendim.	2	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição						
Dados do Contratado Executante								
29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento								
32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados								
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição			
				3000794 - Sutura.				
				10101089 - consulta em P.S				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)								
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPE	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 -	/	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável								
Com guia de encaminhamento em anexo.								
58 - Observações / Justificativa								
59 - Total Procedimentos (R\$)	0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	30.00	61 - Total Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de OPME (R\$)	0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	65 - Total Geral (R\$)	186.50			
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento								
ACESSOPRD Data/Hora: 23/08/2018 19:51:55 Conta/Lote: 1343487 Atendimento: 2521431 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA								
1343487								

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ISAQUE VIEIRA DA SILVA
Nome Mãe: MARIA CRISTINA BUB SILVA
Endereço: MARIO ANDRIGUETTO
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

Data Nasc: 29/09/2010
Nome Pai: ALEXANDRE VIEIRA DA
Número: 445
Bairro: COSTEIRA

CODIGO 0000195824
Idade: 7 Anos 10 Meses 25 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 83015727
UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 23/08/2018 - 19:26

CRM: 35823
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 33983443

CODIGO 0002521431
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 2334906
Grau de Parentesco: MAE

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: MARIA CRISTINA BUB SILVA

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

QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM CONTUSÃO CONTRA OBJETO SOLO COM LACERAÇÃO CUTANEA E SANGRAMENTO
NEGA CONVULSÕES, DÉFICIT NEUROMOTOR, VÔMITOS, SÍNCOPE POS TRAUMA
REFERE VACINAÇÃO COMPLETA
NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

Exame Físico

BEG COMUNICATIVO E ORIENTADO HIDRATADO CORADO GW 15 PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
LACERAÇÃO CUTANEA EM CRANIO SUPERCÍLIO ESQUERDO 2CM COM EXPOSIÇÃO DE TECIDO SUBCUTÂNEO, SEM SANGRAMENTO ATIVO

Diagnóstico

LACERAÇÃO CUTANEA EM CRANIO SUPERCÍLIO ESQUERDO

Tratamento/Conduta

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

Medico(a): DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA
CRM: 35823

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



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isaque Vieira da Silva

Nº da guia: 295

Nº da carteirinha: 2.33.4906

Data Nascimento: 29/09/2010

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2018	15:17:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Olho Esquerdo

Descrição

O aluno correndo na hora do recreio, tropeçou no chão e bateu o supercílio do olho esquerdo, teve um corte de 1 cm, limpo e colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Renan Monitor	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse Lobo	23/08/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os Responsáveis.

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 - 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 Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 23/08/2018	5 - Sentença ELEGIVEL	8 - Data Validade da Sentença	17402	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3301703	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGU		
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	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 23/08/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento 26	26 - Descrição		
27 - QI Solic. Dr. Victor Hugo Ramos Ortopedia e Traumatologia CRM 25919				
28 - QI Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de 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 - Qtd
37-Hora Inicial 38-Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
42 - Qtd				
43 - Via				
44 - Tec				
45 - Fator Red/Acresc				
46 - Valor Unitário (R\$)				
47 - Valor Total (R\$)				
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 Operador				
71 - Assinatura do Médico				
72 - Assinatura do Enfermeiro				
73 - Assinatura do Técnico				
74 - Assinatura do Auxiliar				
75 - Assinatura do Recepcionista				
76 - Assinatura do Porteiro				
77 - Assinatura do Vigilante				
78 - Assinatura do Limpeza				
79 - Assinatura do Segurança				
80 - Assinatura do Outros				
81 - Assinatura do Outros				
82 - Assinatura do Outros				
83 - Assinatura do Outros				
84 - Assinatura do Outros				
85 - Assinatura do Outros				
86 - Assinatura do Outros				
87 - Assinatura do Outros				
88 - Assinatura do Outros				
89 - Assinatura do Outros				
90 - Assinatura do Outros				
91 - Assinatura do Outros				
92 - Assinatura do Outros				
93 - Assinatura do Outros				
94 - Assinatura do Outros				
95 - Assinatura do Outros				
96 - Assinatura do Outros				
97 - Assinatura do Outros				
98 - Assinatura do Outros				
99 - Assinatura do Outros				

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA CLARA FREITAS BATISTA	Data Nasc: 09/02/2009	Idade: 9 Anos 6 Meses 14 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: JENNIFER SUELLEN FREITAS	Nome Pai:	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS	Número: 489	Complemento: CASA	
Cidade: CURITIBA	Bairro: VISTA ALEGRE	CEP: 80820430	UF: PR

CODIGO 0000097981**DADOS DO ATENDIMENTO**

Medico(a): BRUNO POSSANI RODRIGUES	CRM: 34145	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 3301703
Data/Hora: 23/08/2018 - 17:47	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:
Responsável:		

CODIGO 0002521385**Anamnese****História da Doença Atual (HDA)**

PACIENTE VITIMA DE QUEDA NA ESCOLA HOJE COM TRAUMA / ENTORSE DE COTOVELO ESQUERDO

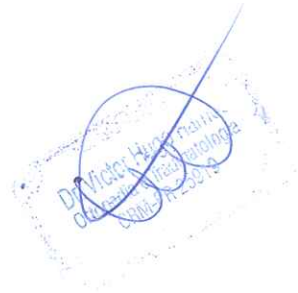
Exame FísicoEDEMA EM COTOVELO ESQUERDO
LIMITAÇÃO ADM PELA DOR
IMPOSSIBILIDADE DA PRONOSSUPINAÇÃO

RX - FRATURA SUPRACONDILIANA GRAU 1

Diagnóstico

FRATURA SUPRACONDILIANA GRAU 1

Tratamento/CondutaRX
TALA GESSADA
TIPOIA
RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS PARA ACOMPANHAMENTO
PROCURAR PS - HPP SE NECESSÁRIO

Medico(a): BRUNO POSSANI RODRIGUES
CRM: 34145

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: 23/08/2018

Página: 1

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

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 2521045000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2521045000000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/09/2019		10 - Nome SARAH KETHELLY OLIVEIRA DA MAIA			
8 - Número da Carteira 000000000		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 26551		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/08/2018		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/08/2018 13:22 13:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 100,00 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		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicos (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: SARAH KETHELLY OLIVEIRA DA MAIA Data Nasc: 31/01/2001 **CODIGO 0000134406**
 Nome Mãe: AMANDA DE JESUS OLIVEIRA DA MAIA Nome Pai: JOAO MARIA FRANCO DA Idade: 17 Anos 7 Meses 10 Dias Sexo: Feminino
 Endereço: RUA NELSON ANTONINI Número: 727 CNS do Paciente:
 Cidade: CURITIBA Bairro: CAPAO DA IMBUIA Complemento: CASA
 CEP: 82810730 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO **CODIGO 0002521045**
 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA CRM: 26551 Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
 Data/Hora: 23/08/2018 - 13:22 Plano: EMPRESARIAL Matrícula: 000000000
 Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
 Responsável: JOAO MARIA FRANCO DA MAIA Telefone: 41 30927401 Grau de Parentesco: PAI

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DURANTE PARTIDA DE VOLEY HÁ 1 DIA
 TRAUMA DIREITO EM POLEGAR ESQUERDO.

Exame Físico

EDEMA EM POLEGAR ESQUERDO
 HEMATOMA LOCAL
 LIMITAÇÃO ADM PELA DOR

RX - NÃO EVIDENCIADO FRATURA AGUDA

Diagnóstico

CONTUSÃO DE POLEGAR ESQUERDO

Tratamento/Conduta

RX
 IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA
 REPOUSO
 ORIENTAÇÕES
 RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
 ATESTADO
 AINE

João Caetano Munhoz Abd
 Cirurgião Plástico
 CRM: 26551 - PR

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: 10/09/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sarah Kethelly Oliveira da Maia

Nº da guia: 290

Nº da carteirinha: 2.33.6094

Data Nascimento: 31/01/2001

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2018	07:58:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

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

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Em um treino para os jogos da amizade, a aluna virou o polegar da mão esquerda, inchou e ficou roxo, não conseguiu mexer.

Testemunha da ocorrência

Neuza

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Joisie Lobo

Data

23/08/2018

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

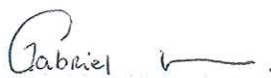
Telefone

Atendimento no próprio
estabelecimento

Observações

Contato com a Clínica Adventista e Responsáveis.

Assinatura:


Gabriel Morales

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 2520024000000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 22/08/2018		10 - Nome HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NASCIMENTO		17 - Número no Conselho 21395		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2374535		9 - Validade da Carteira 22/08/2018		10 - Nome HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO NASCIMENTO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 21395	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.		31 - Código CNES 15563	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	
11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		48 - Sq.Ref. 49 - Gr.Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
1		22/08/2018 17:34		22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 100.00		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
2		22/08/2018 17:34		22 30711010		IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		001 10.50		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 110.50		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	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$) 110.50		70 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		71 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	



DADOS DO PACIENTE

CODIGO 0000063321

Nome Paciente: HENRIQUE PEDROSO RODRIGUES DO
Nome Mãe: GREICI ALMEIDA PEDROSO
Endereço: RUA EUNICE BETTINI BARTOSZECK - DE
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 30/03/2009
Nome Pai: WELINGTON RODRIGUES
Número: 1357
Bairro: UBERABA

Idade: 9 Anos 4 Meses 25 Dias
CNS do Paciente:
Complemento: CS
CEP: 81590180

Sexo: Masculino
UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 0002520024

Medico(a): ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 22/08/2018 - 17:34
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: WELINGTON RODRIGUES NASCIMENTO

CRM: 21395
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 4196642211 92471423

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 2374535
Grau de Parentesco: PAI

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

TRAUMA EM 2º QD DIREITO

Exame Físico

AUMENTO DE VOLUME
DOR A MOBILIZAÇÃO
SEM DESVIO ROTACIONAL

RX SEM FRATURA

Diagnóstico

CONTUSÃO DE DEDO

Tratamento/Conduta

TALA METALICA
ANALGESIA
RETORNO SE NECESSÁRIO

ANA LAURA CUNHA
CRM PR 21395

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data Impressão: 24/08/2018

Página: 1