



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: BB Agência: 3404-5 Conta: 110174-9

Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	2.033,30	Pag. NF 320827 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP - ACP

Total Geral 2.033,30

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 20/11/2018

Pagina: 1



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

RPS nº. 322003, Série: U, emitido em 09/11/2018, conversão em 09/11/2018

Número da Nota

320827

Data e Hora de Emissão

09/11/2018 08:43:35

Código de Verificação

3MC3A10A

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\$ 2.033,30

1.2 NOV. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$2.033,30

Código da Atividade

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	2.033,30	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
RELATORIO COBRANÇA	598	08/11/2018	1 / 2

Conferência Cobrança

Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Mesma Via	Outra Via	Bilateral	Tipo
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	598		08/11/2018	09/12/2018	0%	100,00%	70,00%	50,00%	DATA DA PRODUÇÃO

Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Fim	Fer Ener	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa	Valor
2566007 18.11.00584	429	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 35980 - ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA	LUCCA ZION LUUP	2115044	02/10/2018 20:23	20:50	NÃO SIM	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00 30,00	56,50 160,00
2557415 18.11.00584	392	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 39569 - AMANDA GINANI ANTUNES	HIGOR BRAGA PADILHA DE OLIVEIRA	2324060	25/09/2018 14:18	14:55	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00 30,00	56,50 130,00
254932 18.11.00584	375	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 39569 - AMANDA GINANI ANTUNES	MARCO ANTONIO DE MELO CEZAR FILHI	2324288	18/09/2018 15:35	16:10	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00 30,00	56,50 130,00
2545853 18.11.00584	364	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 9484 - EDILSON FORLIN	MILENA PIRES DOS SANTOS	2115414	15/09/2018 15:36	16:00	NÃO SIM	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	160,00 160,00
2596787 18.11.00584	2596787	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 10443 - HELENA GRUHL	MAYCON BRUNO BERTULINO	2322648	30/10/2018 12:08	12:18	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2573581 18.11.00584	454	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 10443 - HELENA GRUHL	SOPHIA DA SILVA ALVES	3265098	09/10/2018 18:03	18:15	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2573335 18.11.00584	453	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	ANDRE NATAL ALVES PEREIRA	365893	09/10/2018 14:10	14:40	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2543381 18.11.00584	361	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	GUSTAVO GEOVANE PIONOSKI DOS SA	2115972	13/09/2018 12:37	13:40	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	M	N	C	0,00 30,00	56,50 130,00
253300 18.11.00584	253300	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI	MARIA CLARA FREITAS BATISTA	3301703	03/09/2018 17:06	17:16	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2588614 18.11.00584	2588614	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 10470 - MARIA TERESA RESNAUER TAQUES	YASMIN SIMIRAMIS DE OLIVEIRA MALL		23/10/2018 13:46	14:10	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2583247 18.11.00584	471	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 23262 - VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA P	EDUARDA CARDOSO COSTA	367104	18/10/2018 15:42	16:33	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00
2561653 18.11.00584	2561653	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	LYNCOLN DE SOUZA		28/09/2018 16:59	17:30	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00 30,00	130,00 130,00

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO

Relatório

Cobrança

598

Data

08/11/2018

Página

2 / 2

RELATÓRIO COBRANÇA

Boletins																
Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Início	Fer Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bil	Téc	Taxa	Valor	
2549460 18.11.00584	374	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR RAUL CARI 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO	2332004	18/09/2018 21:50	NÃO SIM	SIM	30711029 10101039	01B	M U	N N	C C	0,00 30,00	27,30 160,00	
														30,00	187,30	

Total		Produção	Retenção	Taxa	Valor
Boletins		1643,30		390,00	2033,30
13					

Relatório Emitido por: ANNE CAROLINE



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

2 - Nº Guia no Prestador 257335000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 257335000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 365893	9 - Validade da Carteira 09/10/2018	10 - Nome ANDRE NATAL ALVES PEREIRA			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante 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 João Caetano Munhoz Abdo Ortopedia Pediátrica CRM: 76.551 TERT. 12
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/10/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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 11	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada				
34 - Tipo de Consulta 2					
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 09/10/2018 14:10 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 100,00					
48 - Sq.Ref. 49 - Gr.Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$)					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)					
61 - Total de Materiais (R\$)					
62 - Total de OPME (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$) 100,00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: André Natal Alves Pereira

Nº da guia: 453

Nº da carteirinha: 3.6.5893

Data Nascimento: 14/04/2009

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2018	10:51:00	Ginásio	Cama Elástica

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Ombro Esquerdo, Costas

Descrição

O aluno Andre estava brincando na cama elástica, quando caiu, um colega caiu em cima, pisando no ombro e nas costas.

Testemunha da ocorrência

Professora Rosana

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Viviane(professora) e Francisco(monitor)

Data

09/10/2018

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

Observações

Foi colocada uma tópoia no braço do aluno

Assinatura:

Vlademir De Jesus Ferreira Machado

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

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

[Handwritten scribbles and faint markings at the top of the page]



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Yasmim S. de Oliveira M.		6814.	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Colégio Adventista de Curitiba		32251920.	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Lynmarco Pereira da Costa 980		Ctba	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
23/10/18	() 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? síncope	() 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:			
11h			
LOCAL ONDE OCORREU:			
sala			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
Aluna Vaso Vagal, passou mal. Quando voltou apresentou perda de memória. Atendida por paramédicos, apresenta sinais vitais normais.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
Mariza			
NOME:		TELEFONE:	
mariele		597806596	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
mariza			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

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

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3681-9575

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasmin Simiramis de Oliveira Mallorquin



Nº da guia: 590

Nº da carteirinha: 2.11.6814

Data Nascimento: 10/07/2004

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2018	11:00:00	Sala de Aula	Em sala de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio VASO VAGAL	Cabeça

Descrição

Aluna Vaso Vagal, passou mal. Quando voltou, apresentou perda de memória. Atendida por paramédicos, apresenta sinais vitais normais.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Maiza	(41) 99780-6576
Marsele	(41) 99780-6576

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maiza	23/10/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Guia manual

Assinatura: _____

Juliano Cruz

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

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

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

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

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



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

2 - N° Guia no Prestador 2583247000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal ELEGIVEL	5 - Senha 17490	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17490	11 - Cartão Nacional de Saúde EDUARDA CARDOSO COSTA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 367104	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome EDUARDA CARDOSO COSTA				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 23262	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 18/10/2018	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 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via
					44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc
				46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
15:42 10.10.39 - Consulta 100.00						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sec. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /
8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /	13 - / /	14 - / /
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Medicionais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	0.00	30.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						
1373367						
ACESSOPRD Data/Hora: 18/10/2018 16:33:56						
Conta/Lote: 1373367						
Atendimento: 2583247						
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA						
1373367						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduarda Cardoso Costa

Nº da guia: 471

Nº da carteirinha: 3.6.7104

Data Nascimento: 08/10/2003

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2018	10:39:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça

Descrição

Aluna estava no intervalo sentada na arquibancada da quadra e levou uma bolada no rosto. Foi levada ao banheiro por uma colega para lavar o rosto e desmaiou batendo a cabeça no chão. O monitor atendeu e colocou gelo no rosto dela.

Testemunha da ocorrência

Diego

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Diego (monitor)

Data

18/10/2018

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

Aluna sente dor de cabeça e dor no rosto. Foi colocado gelo no local.

Assinatura:

pl

Vladimir De Jesus Ferreira Machado



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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora	11 - Cartão Nacional do Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional do Saúde			
3265098	09/10/2018	SOPHIA DA SILVA ALVES				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado					
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
HELENA GRUHL	6	10443	41	225124		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela			
2	09/10/2018		25 - Código do Procedimento			
			26 - Descrição			
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz. 29 - Ql.Solic. 30 - Ql.Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
31 - Tipo Atendimento	32 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada	33 - Tipo de Consulta	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
11	2					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
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\$)
0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Especialista ou Responsável						
68 - Assinatura do Contrato						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sophia da Silva Alves

Nº da guia: 454

Nº da carteirinha: 3.26.5098

Data Nascimento: 23/04/2010

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2018	16:37:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Engoliu uma bolinha	Pescoço

Descrição
A aluna estava em sala de aula e engoliu uma bolinha

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nita	(41) 9611-5149
Nita	(41) 9611-5149

Quem prestou primeiros socorros	Data
Nita	09/10/2018

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

Observações
A responsável foi avisada e decidiu levar a filha no hospital citado acima.

Assinatura: _____

Nelson Fagundes

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 ELEGIVEL		7 - Número de Guia Attribuido pela Operadora 17457	
4 - Data da Autorização 28/09/2018		5 - Senha		10 - Nome LYNCOLN DE SOUZA	
8 - Número da Carteira 000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		11 - Cartão Nacional de Saúde N	
Dados do Beneficiário					
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	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 28/09/2018		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Cl. Spite	
28 - Ql. Autoriz.					
Dados do Contrato Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
35 - Data 36 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela 40 - Procedimento		41 - Descrição	
10104039 - CONSULTA					
100,00					
T.D					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Rel.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Profissional		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
60 - Total Procedimentos (R\$) 0.00		61 - Total Materiais (R\$) 30.00		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\$) 30.00	
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Profissional		68 - Assinatura do Profissional	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional	
72 - Assinatura do Profissional		73 - Assinatura do Profissional		74 - Assinatura do Profissional	
75 - Assinatura do Profissional		76 - Assinatura do Profissional		77 - Assinatura do Profissional	
78 - Assinatura do Profissional		79 - Assinatura do Profissional		80 - Assinatura do Profissional	
81 - Assinatura do Profissional		82 - Assinatura do Profissional		83 - Assinatura do Profissional	
84 - Assinatura do Profissional		85 - Assinatura do Profissional		86 - Assinatura do Profissional	
87 - Assinatura do Profissional		88 - Assinatura do Profissional		89 - Assinatura do Profissional	
90 - Assinatura do Profissional		91 - Assinatura do Profissional		92 - Assinatura do Profissional	
93 - Assinatura do Profissional		94 - Assinatura do Profissional		95 - Assinatura do Profissional	
96 - Assinatura do Profissional		97 - Assinatura do Profissional		98 - Assinatura do Profissional	
99 - Assinatura do Profissional		100 - Assinatura do Profissional		101 - Assinatura do Profissional	
102 - Assinatura do Profissional		103 - Assinatura do Profissional		104 - Assinatura do Profissional	
105 - Assinatura do Profissional		106 - Assinatura do Profissional		107 - Assinatura do Profissional	
108 - Assinatura do Profissional		109 - Assinatura do Profissional		110 - Assinatura do Profissional	
111 - Assinatura do Profissional		112 - Assinatura do Profissional		113 - Assinatura do Profissional	
114 - Assinatura do Profissional		115 - Assinatura do Profissional		116 - Assinatura do Profissional	
117 - Assinatura do Profissional		118 - Assinatura do Profissional		119 - Assinatura do Profissional	
120 - Assinatura do Profissional		121 - Assinatura do Profissional		122 - Assinatura do Profissional	
123 - Assinatura do Profissional		124 - Assinatura do Profissional		125 - Assinatura do Profissional	
126 - Assinatura do Profissional		127 - Assinatura do Profissional		128 - Assinatura do Profissional	
129 - Assinatura do Profissional		130 - Assinatura do Profissional		131 - Assinatura do Profissional	
132 - Assinatura do Profissional		133 - Assinatura do Profissional		134 - Assinatura do Profissional	
135 - Assinatura do Profissional		136 - Assinatura do Profissional		137 - Assinatura do Profissional	
138 - Assinatura do Profissional		139 - Assinatura do Profissional		140 - Assinatura do Profissional	
141 - Assinatura do Profissional		142 - Assinatura do Profissional		143 - Assinatura do Profissional	
144 - Assinatura do Profissional		145 - Assinatura do Profissional		146 - Assinatura do Profissional	
147 - Assinatura do Profissional		148 - Assinatura do Profissional		149 - Assinatura do Profissional	
150 - Assinatura do Profissional		151 - Assinatura do Profissional		152 - Assinatura do Profissional	
153 - Assinatura do Profissional		154 - Assinatura do Profissional		155 - Assinatura do Profissional	
156 - Assinatura do Profissional		157 - Assinatura do Profissional		158 - Assinatura do Profissional	
159 - Assinatura do Profissional		160 - Assinatura do Profissional		161 - Assinatura do Profissional	
162 - Assinatura do Profissional		163 - Assinatura do Profissional		164 - Assinatura do Profissional	
165 - Assinatura do Profissional		166 - Assinatura do Profissional		167 - Assinatura do Profissional	
168 - Assinatura do Profissional		169 - Assinatura do Profissional		170 - Assinatura do Profissional	
171 - Assinatura do Profissional		172 - Assinatura do Profissional		173 - Assinatura do Profissional	
174 - Assinatura do Profissional		175 - Assinatura do Profissional		176 - Assinatura do Profissional	
177 - Assinatura do Profissional		178 - Assinatura do Profissional		179 - Assinatura do Profissional	
180 - Assinatura do Profissional		181 - Assinatura do Profissional		182 - Assinatura do Profissional	
183 - Assinatura do Profissional		184 - Assinatura do Profissional		185 - Assinatura do Profissional	
186 - Assinatura do Profissional		187 - Assinatura do Profissional		188 - Assinatura do Profissional	
189 - Assinatura do Profissional		190 - Assinatura do Profissional		191 - Assinatura do Profissional	
192 - Assinatura do Profissional		193 - Assinatura do Profissional		194 - Assinatura do Profissional	
195 - Assinatura do Profissional		196 - Assinatura do Profissional		197 - Assinatura do Profissional	
198 - Assinatura do Profissional		199 - Assinatura do Profissional		200 - Assinatura do Profissional	
201 - Assinatura do Profissional		202 - Assinatura do Profissional		203 - Assinatura do Profissional	
204 - Assinatura do Profissional		205 - Assinatura do Profissional		206 - Assinatura do Profissional	
207 - Assinatura do Profissional		208 - Assinatura do Profissional		209 - Assinatura do Profissional	
210 - Assinatura do Profissional		211 - Assinatura do Profissional		212 - Assinatura do Profissional	
213 - Assinatura do Profissional		214 - Assinatura do Profissional		215 - Assinatura do Profissional	
216 - Assinatura do Profissional		217 - Assinatura do Profissional		218 - Assinatura do Profissional	
219 - Assinatura do Profissional		220 - Assinatura do Profissional		221 - Assinatura do Profissional	
222 - Assinatura do Profissional		223 - Assinatura do Profissional			



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Lincoln de Souza</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>6536</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Bom Retiro</i>		TELEFONE: <i>3225-1920</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Lysimaco Ferreira da Costa</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>28/09/18</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☒ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>13h40</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			

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

Machucou o dedo na grade.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Monitors*

TELEFONE: *3225-1920*

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Monitors

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

Dr. Vitor Hugo Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 25919

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lyncoln de Souza

Nº da guia: 577

Nº da carteirinha: 2.11.6536

Data Nascimento: 23/04/2011

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2018	13:40:00	Pátio	Na grade

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição

Machucou o dedo na grade

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitoria	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitoria	28/09/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Guia manual.

Assinatura: _____

Juliano Cruz

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 2543381000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2115972	9 - Validade da Carteira 13/09/2018	10 - Nome GUSTAVO GEOVANE PIONOSKI DOS SANTOS	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 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 - Cardter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/09/2018	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 11	33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 13/09/2018 12:37	22 10101039	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
2 13/09/2018 12:37	22 30101794	100.00 100.00	
		56.50 56.50	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 156.50			
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			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 186.50			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GUSTAVO GEOVANE PIONOSKI DOS	Data Nasc: 06/01/2004	Idade: 14 Anos 8 Meses 13 Dias Sexo: Masculino	CODIGO 0000461280
Nome Mãe: CECILIA PIONOSKI DOS SANTOS	Nome Pai: ABSALAO VERCEDINO	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA JACOB WELLNER	Número: 309	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: VISTA ALEGRE	CEP: 80810350	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002543381
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 2115972	
Data/Hora: 13/09/2018 - 12:37	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 97979872		
Responsável: GENECI DA SILVA		Grau de Parentesco: FUNCIONARIO	

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

LESAO EM DORSO DO PE ESQUERDO

CORTE SUPERFICIAL DE 10 CM
ADM LIVRE
NV PRESERVADO

Exame Físico

Diagnóstico

FERIMENTO EM DORSO DO PE ESQUERDO

Tratamento/Conduta

SUTURA *menor 4x0*
ALTA COM ATB
ORIENTAÇÕES
RETIRAR PONTOS EM 7 DIAS NA UBS
VERIFICAR SITUAÇÃO VACINAL

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM: 26.551 - RST: 13

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: 19/09/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Geovane Pionoski dos Santos

Nº da guia: 361

Nº da carteirinha: 2.11.5972

Data Nascimento: 06/01/2004

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/09/2018	11:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura)

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

O aluno se pendurou na trave do gol e "engatou" o pé no gancho que segura a rede e cortou o peito do pé.

Testemunha da ocorrência

Professor Marcio

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Orientadora

Data

13/09/2018

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

Estará sendo levado para hospital com a ambulância

Assinatura: 
Deizi Silva

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



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

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		10 - Nome HIGOR BRAGA PADILHA DE OLIVEIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 25/09/2018		10 - Nome HIGOR BRAGA PADILHA DE OLIVEIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código na Operadora 76591569000130	
15 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA GINANI ANTUNES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 39669		18 - UF 41		19 - Código CBO 225230		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 25/09/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabeta		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qi Solic		28 - Qi Autoriz	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		35 - Código CNES 15563	
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabeta		40 - Procedimento		41 - Descrição		42 - Cidade		43 - Via	
44 - Fator Red./Acresc		45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável, para Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado	
72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado		75 - Assinatura do Contratado		76 - Assinatura do Contratado		77 - Assinatura do Contratado		78 - Assinatura do Contratado	
79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Contratado		81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Contratado		83 - Assinatura do Contratado		84 - Assinatura do Contratado		85 - Assinatura do Contratado	
86 - Assinatura do Contratado		87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Contratado		90 - Assinatura do Contratado		91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Contratado	
93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Contratado		95 - Assinatura do Contratado		96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Contratado		99 - Assinatura do Contratado	
100 - Assinatura do Contratado		101 - Assinatura do Contratado		102 - Assinatura do Contratado		103 - Assinatura do Contratado		104 - Assinatura do Contratado		105 - Assinatura do Contratado		106 - Assinatura do Contratado	
107 - Assinatura do Contratado		108 - Assinatura do Contratado		109 - Assinatura do Contratado		110 - Assinatura do Contratado		111 - Assinatura do Contratado		112 - Assinatura do Contratado		113 - Assinatura do Contratado	
114 - Assinatura do Contratado		115 - Assinatura do Contratado		116 - Assinatura do Contratado		117 - Assinatura do Contratado		118 - Assinatura do Contratado		119 - Assinatura do Contratado		120 - Assinatura do Contratado	
121 - Assinatura do Contratado		122 - Assinatura do Contratado		123 - Assinatura do Contratado		124 - Assinatura do Contratado		125 - Assinatura do Contratado		126 - Assinatura do Contratado		127 - Assinatura do Contratado	
128 - Assinatura do Contratado		129 - Assinatura do Contratado		130 - Assinatura do Contratado		131 - Assinatura do Contratado		132 - Assinatura do Contratado		133 - Assinatura do Contratado		134 - Assinatura do Contratado	
135 - Assinatura do Contratado		136 - Assinatura do Contratado		137 - Assinatura do Contratado		138 - Assinatura do Contratado		139 - Assinatura do Contratado		140 - Assinatura do Contratado		141 - Assinatura do Contratado	
142 - Assinatura do Contratado		143 - Assinatura do Contratado		144 - Assinatura do Contratado		145 - Assinatura do Contratado		146 - Assinatura do Contratado		147 - Assinatura do Contratado		148 - Assinatura do Contratado	
149 - Assinatura do Contratado		150 - Assinatura do Contratado		151 - Assinatura do Contratado		152 - Assinatura do Contratado		153 - Assinatura do Contratado		154 - Assinatura do Contratado		155 - Assinatura do Contratado	
156 - Assinatura do Contratado		157 - Assinatura do Contratado		158 - Assinatura do Contratado		159 - Assinatura do Contratado		160 - Assinatura do Contratado		161 - Assinatura do Contratado		162 - Assinatura do Contratado	
163 - Assinatura do Contratado		164 - Assinatura do Contratado		165 - Assinatura do Contratado		166 - Assinatura do Contratado		167 - Assinatura do Contratado		168 - Assinatura do Contratado		169 - Assinatura do Contratado	
170 - Assinatura do Contratado		171 - Assinatura do Contratado		172 - Assinatura do Contratado		173 - Assinatura do Contratado		174 - Assinatura do Contratado		175 - Assinatura do Contratado		176 - Assinatura do Contratado	
177 - Assinatura do Contratado		178 - Assinatura do Contratado		179 - Assinatura do Contratado		180 - Assinatura do Contratado		181 - Assinatura do Contratado		182 - Assinatura do Contratado		183 - Assinatura do Contratado	
184 - Assinatura do Contratado		185 - Assinatura do Contratado		186 - Assinatura do Contratado		187 - Assinatura do Contratado		188 - Assinatura do Contratado		189 - Assinatura do Contratado		190 - Assinatura do Contratado	
191 - Assinatura do Contratado		192 - Assinatura do Contratado		193 - Assinatura do Contratado		194 - Assinatura do Contratado		195 - Assinatura do Contratado		196 - Assinatura do Contratado		197 - Assinatura do Contratado	
198 - Assinatura do Contratado		199 - Assinatura do Contratado		200 - Assinatura do Contratado		201 - Assinatura do Contratado		202 - Assinatura do Contratado		203 - Assinatura do Contratado		204 - Assinatura do Contratado	
205 - Assinatura do Contratado		206 - Assinatura do Contratado		207 - Assinatura do Contratado		208 - Assinatura do Contratado		209 - Assinatura do Contratado		210 - Assinatura do Contratado		211 - Assinatura do Contratado	
212 - Assinatura do Contratado		213 - Assinatura do Contratado		214 - Assinatura do Contratado		215 - Assinatura do Contratado		216 - Assinatura do Contratado		217 - Assinatura do Contratado		218 - Assinatura do Contratado	
219 - Assinatura do Contratado		220 - Assinatura do Contratado		221 - Assinatura do Contratado									

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: HIGOR BRAGA PADILHA DE OLIVEIRA Data Nasc: 15/01/2009 Idade: 9 Anos 8 Meses 10 Dias Sexo: Masculino
Nome Mãe: MARILDA DAS GRACAS PADILHA Nome Pai: JUVENAL BRAGA DE OLI CNS do Paciente:
Endereço: RUA JOSE RODRIGUES PINHEIRO - ATE Número: 153 Complemento:
Cidade: CURITIBA Bairro: CAPAO RASO CEP: 81130200 UF: PR

CODIGO 0000462902

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES CRM: 39669 Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL Matrícula: 2324060
Data/Hora: 25/09/2018 - 13:59 Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: JUVENAL BRAGA D EOLIVEIRA Telefone: 991881535 Grau de Parentesco: PAI

CODIGO 0002557415

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE ACOMPANHADO PELO PAI COM RELATO DE FERIMENTO CORTO CONTUSO SUPERFICIAL EM SUPERCILIO ESQUERDO COM ESTILETE ASSOCIADO A HEMATOMA E EQUIMOSE EM REGIAO PALPEBRAL SUPERIOR.
PACIENTE NEGA OUTRO TIPO DE TRAUMA.
NEGA PREJUIZO NA VISAO.

Exame Físico

FCC 0,3CM EM SUPERCILIO ESQUERDO

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA
COLA CIRURGICA
ORIENTO CUIDADOS COM FERIDA
ORIENTO SOBRE TENTAR CONVERSAR POSTERIORMENTE COM PACIENTE PARA COMPREENDER O MECANISMO DO TRAUMA, TENDO EM VISTA PRESENÇA DE HEMATOMA PALPEBRAL
ORIENTO OFTALMOLOGISTA CASO QUALQUER ALTERACAO NA VISAO

Dr. Amanda Ginani
CRM: 39669

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES
CRM: 39669



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Higor Braga Padilha de Oliveira

Nº da guia: 392

Nº da carteirinha: 2.32.4060

Data Nascimento: 15/01/2009

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2018	10:58:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura)	Olho Esquerdo

Descrição
Pequeno corte acima do olho,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Rogério,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Rogério,,,	25/09/2018

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
Pai mesmo o levará ao especialista, hosp. Peq. Príncipe,,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura: _____

Rudimar Roberto Nemitz

25/09/2018

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - 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 2549320000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17435	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 18/09/2018	5 - Sentença ELEGIVEL	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome MARCO ANTONIO DE MELO CEZAR FIL		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2324288	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39669	18 - UF 41	19 - Código CBO 225230	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA GINANI ANTUNES					
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/09/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563					
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	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	
101010289 - consulta 30101794 - SURTUB					
42 - Qtd					
43 - Via					
44 - Tec					
45 - Fator Red / Acresc					
46 - Valor Unitário (RS)					
47 - Valor Total (RS) 100,00 50,50					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF					
55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (RS) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (RS) 30.00	61 - Total Materiais (RS)	62 - Total de OPME (RS)	63 - Total de Medicamentos (RS)	64 - Total de Gases Medicinais (RS)
65 - Total Geral (RS) 186,50 30,00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Solicitante ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
ACESSOPRD Data/Hora: 18/09/2018 15:35:15					
Conta/Lote: 1357018					
Atendimento: 2549320					
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
1357018					

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 0000109100

Nome Paciente: MARCO ANTONIO DE MELO CEZAR Data Nasc: 15/12/2008 Idade: 9 Anos 9 Meses 3 Dias Sexo: Masculino
Nome Mãe: JOSIELE ALVES Nome Pai: MARCO ANTONIO DE MEL CNS do Paciente:
Endereço: RUA ARLINDO NATAL Número: 316 Complemento: CS
Cidade: CURITIBA Bairro: UBERABA CEP: 81580460 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 0002549320

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES CRM: 39669 Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL Matrícula: 2324288
Data/Hora: 18/09/2018 - 15:33 Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: JOSIELE ALVES Telefone: 4133768975 4196572667 Grau de Parentesco: MAE

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CONTRA COLEGA NA ATIVIDADE FISICA, COM FERIMENTO CORTOCONTUSO EM REGIAO SULCO NASOLABIAL.
SEM SINTOMAS NEUROLOGICOS.

Exame Físico

BEG, CORADO, ORIENTADO
FCC 1,0CM, BORDAS IRREGULARES, SEM SUJIDADES

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA
COLA CIRURGICA
ORIENTO CUIDADOS COM FERIDA
ORIENTO SOBRE CICATRIZACAO

Amanda Ginani
CRM: 39669

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES
CRM: 39669

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Marco Antonio de Melo Cezar Filho

Nº da guia: 375

Nº da carteirinha: 2.32.4288

Data Nascimento: 15/12/2008

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM.

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2018	13:41:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno na aula de educação física bateu o rosto contra outro aluno, machucando a região sub labial,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Guilherme,,,	(41) 36051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Guilherme,,,	18/09/2018

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 mesmo o levará ao especialista, Hosp. Peq. Príncipe,,,

Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura: _____

Rudimar Roberto Nemitz

18/09/2018

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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 2549460000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 18/09/2018	5 - Sessão ELEGIVEL	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	17446	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2332004	10 - Nome ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO			

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 18/09/2018	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 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
30710229 - Imobilização de membro inferior				
1061039 - consulta				
30/12				
27,30				
130,00				

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /										
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\$) 187,30
--	--	------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO	Data Nasc: 20/11/2003	Idade: 14 Anos 9 Meses 29 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: MATILDE APARECIDA DE ANDRADE	Nome Pai: MARCOS CARNEIRO	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA FRANCISCA MACHADO BOZZA	Número: 108	Complemento:	
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS	Bairro: SANTO ANTONIO	CEP: 83025473	UF: PR

CODIGO 0000461966

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	CRM: 25919	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 2332004
Data/Hora: 18/09/2018 - 18:38	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	
Responsável: MATILDE APARECIDA DE ANDRADE		Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 0002549460

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

TRAUMA TORCIONAL DE TORNOZELO PÉ DIREITO
DOR EM FACE LATERAL

Exame Físico

DOR E EDEMA EM FACE LATERAL
MOBILIDADE PRESERVADA
NV PRESERVADO
RX SEM FRATURAS

Diagnóstico

ENTORSE DE TORNOZELO

Tratamento/Conduta

ORIENTO ANALGESIA
REPOUSO
GELO
RETORNO SN



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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente

Atendimento

Documento



Data impressão: 18/09/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rosangela de Andrade Carneiro

Nº da guia: 374

Nº da carteirinha: 2.33.2004

Data Nascimento: 20/11/2003

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2018	10:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna machucou na quadra na aula de educação física, torceu o pé, e esta bem enxado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Larissa (professora)	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Neuza	18/09/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi colocado gelo no local, e gelou.

Assinatura: _____


Joisse Lobo

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sentença ELEGIVEL	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17468	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 02/10/2018	5 - Sinal	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome LUCCA ZION LUUP	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000				
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35980	18 - UF 41	19 - Código CBO 225230
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Aluisio Augusto Gadelha</i> CRM 35980				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 02/10/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
27 - Ct.Solic. 28 - Ct.Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563				
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 30/10/2018	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 10:00 39 - Combustível	40 - Procedimento 301	41 - Descrição	42 - Cidade 43 - Via 44 - Tec 45 - Valor Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 56,50 47 - Valor Total (R\$) 130,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30.00	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 216,50	66 - Assinatura do Responsável para Autorização	67 - Assinatura do Contratado Responsável	68 - Assinatura do Profissional
69 - Assinatura do Responsável para Autorização				
ACESSOPRD - Data/Hora: 02/10/2018 20:23:01 Conta/Lote: 1365145 NCC Atendimento: 2566007 Unit Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
1365145				

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: LUCCA ZION LUUP	Data Nasc: 11/08/2006	Idade: 12 Anos 1 Mês 21 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: CARINE VIEIRA LUUP	Nome Pai: SEM DOC	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA DOMINGOS NASCIMENTO - DE 212/2	Número: 739	Complemento: AP 202	
Cidade: CURITIBA	Bairro: BOM RETIRO	CEP: 80520200	UF: PR

CODIGO 0000463851

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA	CRM: 35980	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 000000000000
Data/Hora: 02/10/2018 - 19:37	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 998301063	
Responsável: CARINE VEIRA LUUP		Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 0002566007

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

FCC EM SUPERCILIO A DIREITA

Exame Físico

FCC EM SUPERCILIO A DIREITA

Diagnóstico

FCC EM SUPERCILIO A DIREITA

Tratamento/Conduta

SUTURA COM COAL CIRURGICA



Dr. Aluisio Gadelha
Cirurgia Pediátrica
CRM 35980

Medico(a): ALUISIO AUGUSTO BELMINO GADELHA
CRM: 35980

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucca Zion Luup



Nº da guia: 429

Nº da carteirinha: 2.11.5044

Data Nascimento: 11/08/2006

Escola: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2018	15:15:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Direito

Descrição

Aluno bateu a testa e abriu o supercílio

Testemunha da ocorrência

Monitor

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Orientadora

Data

02/10/2018

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

Aluno estável

Assinatura:

Deizi Silva

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

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Serviço Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2545853000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2545853000000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome MILENA PIRES DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 2115414		9 - Validade da Carteira 15/09/2018		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante EDILSON FORLIN	
16 - Nome do Profissional Solicitante EDILSON FORLIN		17 - Conselho Profissional 6		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Edilson Forlin</i> CRM 454 - CRP 408 854 499-09	
21 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/09/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.	
29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado EDILSON FORLIN		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/09/2018 15:36 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 30'. 130,00		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 Medicamentos (R\$)		63 - Total de OPME (R\$)		64 - Total de Gases Medicados (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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Milena Pires dos Santos

Nº da guia: 364

Nº da carteirinha: 2.11.5414

Data Nascimento: 04/01/2007

Escola: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/09/2018	16:26:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna caiu em cima do braço esquerdo e está se queixando de dor no cotovelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3215-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Orientadora	14/09/2018

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

Dor no pulso também

Dr. Milena Pires
CRM 402 - CTR 402 000 000 000

Assinatura:

Deizi Silva

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

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

1 - Registro ANS 000000	6 - Número da Guia Principal ELEGIVEL	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17556	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 30/10/2018	5 - Senha	10 - Nome MAYCON BRUNO BERTULINO	11 - Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carreira 2322648	9 - Validade da Carreira 31/12/2018	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA GRUHL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10443	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dra Helena Gruhl CRM: 10443	21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 30/10/2018
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final
39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição 10101039 - CONSULTA	42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 100,00
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 - 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 Responsável ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Profissional			
70 - Assinatura do Profissional			
71 - Assinatura do Profissional			
72 - Assinatura do Profissional			
73 - Assinatura do Profissional			
74 - Assinatura do Profissional			
75 - Assinatura do Profissional			
76 - Assinatura do Profissional			
77 - Assinatura do Profissional			
78 - Assinatura do Profissional			
79 - Assinatura do Profissional			
80 - Assinatura do Profissional			
81 - Assinatura do Profissional			
82 - Assinatura do Profissional			
83 - Assinatura do Profissional			
84 - Assinatura do Profissional			
85 - Assinatura do Profissional			
86 - Assinatura do Profissional			
87 - Assinatura do Profissional			
88 - Assinatura do Profissional			
89 - Assinatura do Profissional			
90 - Assinatura do Profissional			
91 - Assinatura do Profissional			
92 - Assinatura do Profissional			
93 - Assinatura do Profissional			
94 - Assinatura do Profissional			
95 - Assinatura do Profissional			
96 - Assinatura do Profissional			
97 - Assinatura do Profissional			
98 - Assinatura do Profissional			
99 - Assinatura do Profissional			
100 - Assinatura do Profissional			

Convenção: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2596787

Conta/Lote: 1380088

ACESSOPRD Data/Hora: 30/10/2018 12:08:40



1380088

Dra Helena Gruhl
CRM: 10443



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2018**Data Matrícula: **09/11/2017**

Nome: **Maycon Bruno Bertulino (2648)** Curso: **1º Ano - Ensino Médio** Turma: **111**
Sexo: **M** Data Nascimento: **23/04/2003** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua São Francisco de Sales, 408** Complemento: **sb 03**
Bairro: **Alto Boqueirão** Cidade: **Curitiba** UF: **PR CEP:81720-290**
Cert. Nascimento: **N023328LA079F021**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: Cert. Nascimento UF:
E-Mail: **mayconbrunob@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** INEP **119522903336** RA:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: N°:
Religiao: **Cristã**
Telefones: Residencial: **41 30823436** | Celular: **41996432808** | Celular: **41996524394** |
Carteirinha Bloqueada? **Não** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:
Autorizo Imagem: **Sim**
Observações:



Dados do Pai

CPF: **874596719-91** Nome: **Adeildo Jose Bertulino** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/02/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **5429208-2** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **09/08/1988**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua São Francisco de Sales, 408**
Complemento: **sb 03** Bairro: **Alto Boqueirão** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81720-290**
Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Cristã**
Telefones: Residencial: **41 30823436** |

Dados da Mãe

CPF: **022096159-09** Nome: **Cristiane Patricia Pereira Bertulino** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **30/11/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.038.552-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/02/1994**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua São Francisco de Sales, 408**
Complemento: **sb 03** Bairro: **Alto Boqueirão** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81720-290**
Cx. Postal: E-Mail: **crishtz@gmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Residencial: **41 30823436** | Celular: **41996524394** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **022096159-09** Nome: **Cristiane Patricia Pereira Bertulino** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **30/11/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.038.552-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/02/1994**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua São Francisco de Sales, 408**
Complemento: **sb 03** Bairro: **Alto Boqueirão** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81720-290**
Cx. Postal: E-Mail: **crishtz@gmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Residencial: **41 30823436** | Celular: **41996524394** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **022096159-09** Nome: **Cristiane Patricia Pereira Bertulino** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **30/11/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.038.552-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **22/02/1994**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua São Francisco de Sales, 408**
Complemento: **sb 03** Bairro: **Alto Boqueirão** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81720-290**
Cx. Postal: E-Mail: **crishtz@gmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: Residencial: **41 30823436** | Celular: **41996524394** |

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: Maycon Bruno Bertulino

Nº da guia: 526

Nº da carteirinha: 2.32.2648

Data Nascimento: 23/04/2003

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2018	10:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Cabeça

Descrição
Bola bateu na cabeça do aluno na aula de educação física,,,

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Rogério,,,	30/10/2018

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
Mão vai levar ao especialista para uma melhor avaliação, Hosp. Peq. Príncipe,,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

30/10/2018

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

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



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

2 - N° Guia no Prestador 25330000000000

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Principal	3 - Senha	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
	3301703							01/09/2019	MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGU		N
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora											
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO											
14 - Nome do Contratado											
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO											
15 - Nome do Profissional Solicitante											
LUCIO RICIERI PEROTTI											
16 - Conselho Profissional											
6											
17 - Número no Conselho											
27706											
18 - UF											
41											
19 - Código CBO											
225270											
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
[Assinatura]											
21 - Caráter Atendim.											
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											
11											
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)											
2											
34 - Tipo de Consulta											
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data											
37 - Hora Inicial/3h-Hora Final											
38 - Tabela											
39 - Descrição											
40 - Procedimento											
41 - Valor											
42 - Qtd											
43 - Via											
44 - Tec											
45 - Fator Red/Acresc											
46 - Valor Unitário (R\$)											
47 - Valor Total (R\$)											
100,00											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref.											
49 - Grau Part.											
50 - Código na operadora/CPF											
51 - Nome do Profissional											
52 - Conselho Profissional											
53 - Número no Conselho											
54 - UF											
55 - Código CBO											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
58 - Observações / Justificativa											
59 - Total Procedimentos (R\$)											
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)											
61 - Total Materiais (R\$)											
62 - Total de OPME (R\$)											
63 - Total de Medicamentos (R\$)											
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)											
65 - Total Geral (R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Contratado											

ACESSOPRD Data/Hora: 26/10/2018 17:06:18

Conta/Lote: 1349157

Atendimento: 2533000

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 / 1



1349157

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA CLARA FREITAS BATISTA
Nome Mãe: JENNIFER SUELLEN FREITAS
Endereço: RUA VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 09/02/2009
Nome Pai:
Número: 489
Bairro: VISTA ALEGRE

CODIGO 0000097981
Idade: 9 Anos 8 Meses 17 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 80820430 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 03/09/2018 - 18:55

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

CODIGO 0002533000
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 3301703

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável:

Grau de Parentesco:

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

PACIENTE COM HX DE FX SUPRAINTRA DE COTOVELO DIA 23/08
TTO CONSERVADOR
RETORNA HOJE COM A TALA QUEBRADA

Exame Físico

BEG, NV PRESERVADO
RAIOX MANTENDO REDUCAO

Diagnóstico**Tratamento/Conduta**

TROCO TALA
ORIENT

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 26/10/2018

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

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Débora Russi

Leandro Freitas de Carvalho

Telefone

(41) 3028-5400

(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros

Débora Russi e Leandro Freitas

Data

23/08/2018

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

Gerais

Assinatura:

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

Impresso por: Jessica Lohane