



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	476,04	Pag. NF 320833 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ASP - ACP

Total Geral

476,04

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

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 13/11/2018

Pagina: 1

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

RPS nº. 322010, Série: U, emitido em 09/11/2018, conversão em 09/11/2018

Número da Nota

320833

Data e Hora de Emissão

09/11/2018 00:00:00

Código de Verificação

KFBQ270N

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 476,04

09 NOV. 2018

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$476,04

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	476,04	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Agrupamento: **3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EXAMES RADIOLOGIC** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULAT**

Remessa: **114550** Competência: **11/2018** Entrega: **09/11/2018**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
30/10/2018	30/10/2018	2596618000		1380009	2596618	DANIEL NICOLAS COELHO	
22/10/2018	22/10/2018	2587510000		1375620	2587510	JOAO VITOR DA VEIGA AMAR	83,44
24/09/2018	24/09/2018	2556235000		1360465	2556235	LUIZA ALVES DE MATTOS	38,04
28/09/2018	28/09/2018	2561659000		1362846	2561659	LYNCOLN DE SOUZA	44,64
14/09/2018	14/09/2018	2544276000		1354431	2544276	MARIA CLARA FREITAS BATIS	38,04
15/09/2018	15/09/2018	2545868000		1355307	2545868	MILENA PIRES DOS SANTOS	38,04
18/09/2018	18/09/2018	2549494000		1357158	2549494	ROSANGELA DE ANDRADE CA	40,44
22/10/2018	22/10/2018	2587240000		1375415	2587240	SARA MARIA MACHADO ROSA	77,68
22/10/2018	22/10/2018	2587454000		1375582	2587454	THAIS ARAUJO CAINELLI	77,68
Total : 9							476,04
Total Geral : 9							476,04

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

2 - Nº Guia no Prestador **2596618000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
30/10/2018

5 - Senha
2596618000

8 - Número da Carteira
2323577

9 - Validade da Carteira
31/12/2018

10 - Nome
DANIEL NICOLAS COELHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
76591569000130

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante
DULCE HELENA GRIMM

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
8594

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
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
15663

32 - Tipo Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição

1 30/10/2018 10:11 22 40803040 RX - CLAVICULA

2 30/10/2018 10:11 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total

001 1.0 40.72 40.72

001 1.0 42.72 42.72

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
83,44

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\$)
83,44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Identificação do Profissional (Executante)

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

Impresso por: LIZINEIA SORANZO

Data/Hora: 09/11/2018 09:10:09

Contato/Lote: 1380039

Atendimento: 2596618

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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 2596618000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
30/10/2018

5 - Senha

2596618

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2596618

8 - Número da Carteira
2323577

9 - Validade da Carteira
31/12/2018

10 - Nome
DANIEL NICOLAS COELHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante
DULCE HELENA GRIMM

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
8594

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
30/10/2018

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autonz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76591569000130

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

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 30/10/2018 10:11 22 40803040 RX - CLAVICULA
2 30/10/2018 10:11 22 40803058 RX - OMOPLAÇA OU ESCAPULA

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 40.72 40.72
001 1.0 42.72 42.72

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
83.44

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\$)
83.44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2. Nº de Registro Profissional
SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Data de Validade da Senna		7 - Número da Guia Arbitrada pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senna		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Tabela		27 - Descrição		28 - Nome do Contratado		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qde.		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/CPE		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho		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 CPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Exames Médicos (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	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 13839 Pedido: 791906
Paciente: DANIEL NICOLAS COELHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: BRUNO POSSANI RODRIGUES

Data Pedido: 30/10/2018 10:11:00
Data Laudo: 01/11/2018 15:47:02

RADIOGRAFIA DE OMBRO E CLAVICULA DIREITOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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


MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Nicolas Coelho

Nº da guia: 524

Nº da carteirinha: 2.32.3577

Data Nascimento: 09/08/2005

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local
30/10/2018	08:29:00	Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Ombro Direito

Descrição

Caiu na aula de educação física, batendo o ombro no chão...

Testemunha da ocorrência

Professor Luciano...

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Luan...

Data

30/10/2018

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

Ligado ao avô p/ levar o aluno ao especialista, hosp. Peq. Príncipe pelo colégio...

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

30/10/2018

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2031 e (41) 3051-0119

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 22/10/2018	5 - Senha 2587510000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2587510000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome JOAO VITOR DA VEIGA AMARO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante LETICIA GRAZIELLY WAGNER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36586	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/10/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/10/2018 20:09 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 38.04			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



A.2567510 8.788891

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
22/10/2018	2587510	2587510	2587510	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
ADVENTISTA	22/10/2018	JOAO VITOR DA VEIGA AMARO		
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante		
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	LETICIA GRAZIELLY WAGNER		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - UF	25 - UF
2	22/10/2018		41	225270
26 - Descrição				
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES		
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
05	9			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
1 22/10/2018 20:09 20:09	22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	1.0 38.04		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CFF 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 - / /
2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)				
38.04				
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
0.00				
62 - Total de OPME (R\$)				
0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
0.00				
65 - Total Geral (R\$)				
38.04				
66 - Assinatura do Contratado				

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RV	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
8 - Número da Citeira		15 - Conselho Profissional		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Nome do Contratado		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 466231 Pedido: 788891
Paciente: JOAO VITOR DA VEIGA AMARO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER

Data Pedido: 22/10/2018 20:09:00
Data Laudo: 23/10/2018 12:15:25

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: JOAO VITOR DA VEIGA AMARO		Nº DA MATRÍCULA: 5590	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colégio Curitiba Adventista		TELEFONE: 32251920	
ENDEREÇO: Ruimaco Ferreira da Costa 980		CIDADE: Ctbar	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 22/10	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: 16h			
LOCAL ONDE OCORREU: quadra			

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

*a bola de futebol americano
bateu no dedo do aluno*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Marselle*

TELEFONE: *997806576*

NOME: *Geneci*

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Geneci

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

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

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Vitor da Veiga Amaro

Nº da guia: 576

Nº da carteirinha: 2.11.5590

Data Nascimento: 21/06/2005

Escola: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2018	16:00:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
A bola de futebol americano bateu no dedo do aluno

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geneci	22/10/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

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

Impresso por: Juliano Cruz

1 de 1

13/11/2018 10:44



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

2 - Nº Guia no Prestador 2556235000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 24/09/2018

5 - Sentia 2556235000

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 2556235000

8 - Número do Beneficiário 000000

9 - Validade da Carteira 31/12/2018

10 - Nome LUIZA ALVES DE MATTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 701703258803370

12 - Atendimento a RN N

13 - Código da Operadora 76591569000130

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante 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

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 24/09/2018

23 - Indicação Clínica

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

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado e Exames Realizados

29 - Código na Operadora 76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 05

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 24/09/2018 18:50 18:50 22 40801020 RX - CRANTO - 3 INCIDENCIAS

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 44.64 44.64

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinas (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 44.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado





CLINICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

2 - Nº Guia no Prestador 2556235000000

2556235

270444

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
24/09/2018

5 - Senha
2556235

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2556235

8 - Número da Carteira
000000

9 - Validade da Carteira
31/12/2018

10 - Nome
LUIZA ALVES DE MATTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
701703258803370

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76591569000130

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante
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

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/09/2018

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
ou Item Assistencial

25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76591569000130

30 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

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 24/09/2018 18:50 22 40801020 EX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 44.64

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

48 - St. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPR 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 (RS)
44.64

60 - Total de Taxas e Anúncios (RS)
0.00

61 - Total de Materiais (RS)
0.00

62 - Total de OPME (RS)
0.00

63 - Total de Medicamentos (RS)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (RS)
0.00

65 - Total Geral (RS)
44.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2. Nº de Cadastro Profissional

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Cartão do Atendimento	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Va.	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acrésc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CNP	
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 - Op. Inativação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de O.P.M.E. (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	

Ora 9:00h
P. 16.118-PR

24/09/18

C. 16.118-PR

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 347059 Pedido: 778444
Paciente: **LUIZA ALVES DE MATTOS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

Data Pedido: 24/09/2018 18:50:00
Data Laudo: 25/09/2018 10:37:17

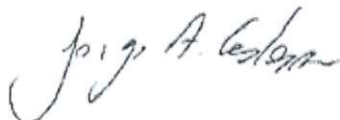
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



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

2 - Nº Guia no Prestador 2561659000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2561659000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 28/09/2018	5 - Senha 2561659000	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome LYNCOLN DE SOUZA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 765915690000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante DULCE HELENA GRIMM	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/09/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 765915690000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 28/09/2018 15:44 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 38.04			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



2561659-780209

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 28/09/2018	5 - Senha 2561659	10 - Nome LYNCOLN DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante DULCE HELENA GRIMM	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 8594	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/09/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
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 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 28/09/2018 15:44 15:44 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00				
62 - Total de OPME (R\$) 0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 38.04				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



Comprovante de Atendimento

Comprovante de Atendimento

28/09/2018 15:44:57

Comprovante de Atendimento

Comprovante de Atendimento

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do 22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Roberto E. Garcia
CRM-PR 30.534

Prova msc 02/2017

11/03/20

[Assinatura]

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 463388 Pedido: 780209
Paciente: **LYNCOLN DE SOUZA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: DULCE HELENA GRIMM

Data Pedido: 28/09/2018 15:44:00
Data Laudo: 01/10/2018 14:40:54

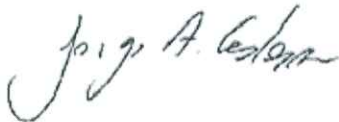
RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

Lincoln de Souza

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Colégio Curitiba Bom Retiro

ENDEREÇO:

R. Eurimaco Ferreira da Costa

Nº DA MATRÍCULA:

6536

TELEFONE:

3225-1920

CIDADE:

Curitiba

UF:

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

28/09/18

HORÁRIO DO ACIDENTE:

13h40

LOCAL ONDE OCORREU:

Pátio

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?

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

Machucou o dedo na grade.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE

NOME: *Monitore*

NOME:

TELEFONE *3225-1920*

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Monitore

TELEFONE

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 ENTREGUE À CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA PELO PRESTADOR, Juntamente com as cópias do atendimento.
Alineia Julia da Costa, 1447 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3681-0016
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 Curitibano 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 14/09/2018	5 - Senha 2544276000	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/09/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.		
Dados do Contratado Excedente				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 14/09/2018 08:41 22 08:41	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - COTOVELO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Tec. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 38.04
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 38.04	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				





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

2 - N° Guia no Prestador 25442760000000

Folha: 1 / 1

2544276 72491

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN						
4 - Data de Autorização 14/09/2018	5 - Senha 2544276	10 - Nome MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N						
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 30/12/2018									
Dados do Solicitante										
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270						
20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados										
21 - Carter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/09/2018	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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563								
Dados do Atendimento										
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 14/09/2018 08:41 22 40803090 08:41	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - COTOVELO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04								
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Sq. Res.	49 - Gr. Prof.	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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -						
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -						
58 - Observação / Justificativa										
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04					60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 38.04
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					

emilifer Suelen Freitas



REQUISICÃO DE EXAME

Nome Maria Clara F. B. Nogueira CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

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

Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) RX cotovelo 2) ap + p 3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste lodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

Tem exame anterior ☐ Não ☐ RX ☐ U.S ☐ T.A.C
☐ No Pequeno Príncipe ☐ Outro Serviço

* No dia do Exame deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Técnico R.X

Ctba, _____ de _____ de _____

Cód 246

Médico - CRM

Dt. Victor H. M. Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25919

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 97981 Pedido: 774491
Paciente: **MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

Data Pedido: 14/09/2018 08:41:00
Data Laudo: 14/09/2018 15:21:20

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do úmero distal.

Relações articulares mantidas.

Controle de tratamento.

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


MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Clara Freitas Batista Nogueira

Nº da guia: 296

Nº da carteirinha: 3.30.1703

Data Nascimento: 09/02/2009

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

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

O que aconteceu	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

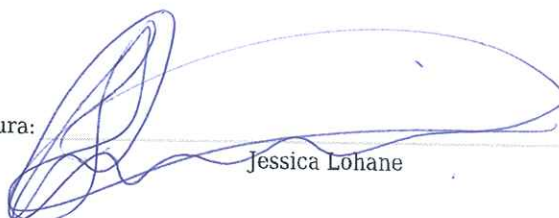
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Gerais

*Jennifer
Guellen
Freitas*

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

assistenciamec@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2545868000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 15/09/2018		5 - Senha 2545868000		10 - Nome MILENA PIRES DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 000		9 - Validade da Carteira 30/12/2018		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RIBEIRO DA SILVA NETO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37762		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/09/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 15563	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/09/2018 15:56 15:56 22 40803112 RX - PUNHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.44							
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /									
58 - Observação / Justificativa									
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.44		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 40.44		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Serviço de Atendimento ao Paciente

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

2 - Nº Guia no Prestador 2545868000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 15/09/2018		5 - Senha 2545868		10 - Nome MILENA PIRES DOS SANTOS		19 - UF 41		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Q. Autoriz.	
13 - Nome do Beneficiário ADVENTISTA		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37762		18 - UF 41		22 - Data da Solicitação 15/09/2018	
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RIBEIRO DA SILVA NETO		16 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		17 - Número no Conselho 37762		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		23 - Indicação Clínica	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/09/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Q. Solic.		28 - Q. Autoriz.	
29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Tipo de Atendimento 11		32 - Tipo de Atendimento 9		33 - Indicação de Atendimento 34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 15/09/2018 15:56		37 - Hora Inicial 15:56		38 - Hora Final 15:56		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Q. Q. de. 43 - Via 44 - T.éc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		48 - Q. Q. de. 49 - Gr. Part 50 - Cod. 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 (RS)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)		61 - Total de CPVE (RS)		62 - Total de CPVE (RS)		63 - Total de Medicamentos (RS)	
		40.44		0.00		0.00		0.00		0.00	
		40.44		0.00		0.00		0.00		40.44	

Assinatura



Dr. Paulo Ribeiro
posicao
CNPJ 3702
157 Associação do Beneficiário

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 261629 Pedido: 774970

Paciente: **MILENA PIRES DOS SANTOS**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: PAULO RIBEIRO S NETO

Data Pedido: 15/09/2018 15:56:00

Data Laudo: 17/09/2018 13:46:49

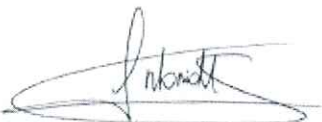
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas integras.

Espaços articulares mantidos.

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



MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Milena Pires dos Santos



Nº da guia: 364

Data Nascimento: 04/01/2007

Nº da carteirinha: 2.11.5414

Escola: Colégio Curitiba 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	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
Dor no pulso também

Assinatura:

Deizi Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER
PRESTADOR JUNTA À ENTREVISTA
ATENDIMENTO
Instituição Adventista São Brasileira
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Fátima - Curitiba - PR
Fone (41) 3240-2331 e (41) 3240-9126
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 18/09/2018		5 - Senha 2549494000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO				N	
8 - Número da Carteira 000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARCEL STATHACOS E CASTELLA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 33809		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
21 - Tipo Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/09/2018		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição								27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								31 - Código CNES 15563	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 18/09/2018 19:14 19:14 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 2 18/09/2018 19:14 19:14 22 40804097 RX - PE OU PODOCTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Pator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 001 1.0 39.64									
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.68		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 77.68		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



Processo no: VANA 874.230

20/11/2003

2 - Nº da Guia Principal SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sessão		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Assinatura		10 - Nome		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		27 - Qtd. Solic.	
13 - Código na Operadora		15 - Nome do Profissional Solicitante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNE		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNE	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		33 - Indicação de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		47 - Valor Total (R\$)	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Valor		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário no R\$		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional	

Dr. Marcelo dos Santos e Carreira
CRM-RS 33.800

Dr. Marcelo dos Santos e Carreira
CRM-RS 33.800

13/10/02

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 461966	Pedido: 776238	
Paciente: ROSANGELA DE ANDRADE CARNEIRO		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: MARCEL STATHACOS E CASTELLA	Data Pedido: 18/09/2018 19:14:00	
	Data Laudo: 20/09/2018 15:28:58	

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702

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
Joisse Lobo



1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 22/10/2018		5 - Senha 2587240000																					
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2587240000																					
8 - Número da Carteira 00000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018																					
10 - Nome SARA MARIA MACHADO ROSA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																					
12 - Atendimento a RN N																							
13 - Código da Operadora 76591569000130																							
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																							
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6																					
17 - Número no Conselho 16725		18 - UF 41																					
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																					
21 - Caráter do Atendimento 2																							
22 - Data da Solicitação 22/10/2018		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 05		33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)																					
34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição																							
<table border="1"> <tr> <td>1 22/10/2018 14:56</td> <td>22</td> <td>40804089</td> <td>RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)</td> </tr> <tr> <td>2 22/10/2018 14:56</td> <td>22</td> <td>40804097</td> <td>RX - PE OU FODODACTILO</td> </tr> </table>				1 22/10/2018 14:56	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	2 22/10/2018 14:56	22	40804097	RX - PE OU FODODACTILO												
1 22/10/2018 14:56	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)																				
2 22/10/2018 14:56	22	40804097	RX - PE OU FODODACTILO																				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total																							
<table border="1"> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>38.04</td> <td>38.04</td> </tr> <tr> <td>001</td> <td>1.0</td> <td>39.64</td> <td>39.64</td> </tr> </table>				001	1.0	38.04	38.04	001	1.0	39.64	39.64												
001	1.0	38.04	38.04																				
001	1.0	39.64	39.64																				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional																							
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho																					
54 - UF		55 - Código CBO																					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
<table border="1"> <tr> <td>1 -</td> <td>2 -</td> <td>3 -</td> <td>4 -</td> <td>5 -</td> <td>6 -</td> <td>7 -</td> <td>8 -</td> <td>9 -</td> <td>10 -</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>				1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -														
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/														
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.68		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00																					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00																					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00																					
65 - Total Geral (R\$) 77.68		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização																					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																					





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2587240000000

Folha: 1 / 1

2587240 788803

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2587240		6 - Data de Validade da Senha 2587240		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2587240		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N									
8 - Número da Carteira 00000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome SARA MARIA MACHADO ROSA		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 16725		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/10/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.							
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/10/2018 14:56 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 2 22/10/2018 14:56 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Pator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 001 1.0 39.64																			
48 - Sq. Ref. 49 - Gx. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa																			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.68		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 77.68									
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																	

IMPRESSO POR: GUSTAVO APARECIDO DE LIMA
Data: 22/10/2018 15:00:10
Compartilhado: 2587240

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

2. Nº de Matrícula Profissional

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Nome do Contratado		
Dados do Solicitante					
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela		
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Oide. Solic.	28 - Oide. Aut.		
1 - 40104055	RX	RX	RX	Dra. Letícia Wagner	
2 - 40104055	RX	RX	RX	CRMP-R 36580	
3 -					
4 -					
5 -					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
43 - Seq. Ref.	44 - 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					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Profissional	59 - Assinatura do Contratado	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -					
2 -					
59 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$)					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)					
61 - Total de Materiais (R\$)					
62 - Total de CPME (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 394702 Pedido: 788803

Paciente: SARA MARIA MACHADO ROSA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER

Data Pedido: 22/10/2018 14:56:00

Data Laudo: 23/10/2018 12:28:20

T

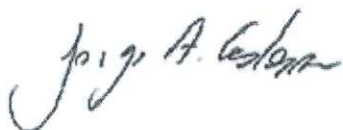
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**Aluno:** Sara Maria Machado Rosa**Nº da guia:** 491**Nº da carteirinha:** 3.7.7267**Data Nascimento:** 15/01/2008**Escola:** Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2018	12:12:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava correndo e torceu pé.

Testemunha da ocorrência

Jeferson Turibio

Telefone

(30) 51-8550

Quem prestou primeiros socorros

Jeferson

Data

22/10/2018

Local de atendimento**Endereço****Nº****Bairro****Telefone**

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0Água Verde,
Curitiba - PR(41) 3310-1000
(41) 3310-1326**Observações**

A aluna se queixa de muita dor no local e esta com dificuldade de colocar o pé no chão.

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 - Bigorriho - 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2587454000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2587454000	6 - Data de Validade da Senha 2587454000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2587454000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 210265651130002	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 00000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome THAIS ARAUJO CAINELLI				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante LETICIA GRAZIELLY WAGNER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36586	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 22/10/2018	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial						
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
56 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/10/2018 18:49 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04						
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 38.04						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

Impresso por: LIZINEIA.SORANZO

Data/Hora: 09/11/2018 09:07:40

Contat/Lote: 1375582

Atendimento: 2587454

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA





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 2587454000000

Folha: 1 / 1

25874541 - 7888877

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 22/10/2018	5 - Senha 2587454	10 - Nome THAIS ARAUJO CAINELLI	2587454	210265651130002	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000	9 - Validade da Carteira 31/12/2018				
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante LETICIA GRAZIELLY WAGNER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36586	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/10/2018	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acolhimento (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 22/10/2018 18:49 18:49 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)					
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 38.04 38.04					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Material (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)					
0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 38.04 0.00 0.00 0.00 38.04					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável do Contratado 68 - Assinatura do Contratado					

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

15/10/104

2. Nº de Cadastro

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

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

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

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

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 - JUF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 420842 Pedido: 788877
Paciente: **THAIS ARAUJO CAINELLI**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER

Data Pedido: 22/10/2018 18:49:00
Data Laudo: 23/10/2018 12:16:57

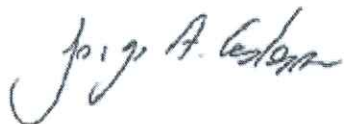
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Thais Anaujo Cairrelli		5466	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Colégio Curitiba Adventista		32251920	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Luzimaco Ferreira Costa 980		Curitiba	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:		
18/10.	☐ 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?		
HORÁRIO DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:		
15h30	☐ 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?		
LOCAL ONDE OCORREU:			
na corredor			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
A aluna caiu no corredor em frente a sala e torceu o pé direito			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
Marselle Camargo		997806816	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
monitor			
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 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9575

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thaís Araujo Cainelli

Nº da guia: 571

Nº da carteirinha: 2.11.5466

Data Nascimento: 15/07/2004

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2018	15:30:00	Corredor	Sala de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo, Pé Direito

Descrição
A aluna caiu no corredor em frente a sala e torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marsele	(41) 99780-6576

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitoria	18/10/2018

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