

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

RQ: 011/00

Tipo: Registro

CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro

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	2.454,00	Pag. NF 327113 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP - ASP

Total Geral

2.454,00

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

Karen Coelho Chaves

Elaborado por:
Karen Coelho Chaves

Emitido em: 11/01/2019



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

RPS nº. 328307, Série: U, emitido em 09/01/2019, conversão em 09/01/2019

Número da Nota

327113

Data e Hora de Emissão

09/01/2019 09:05:35

Código de Verificação

DUW9410B

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇÚ, 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\$2.454,00

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$2.454,00

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	2.454,00	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

RELATÓRIO COBRANÇA

Cobrança	Data	Página
797	07/01/2019	1 / 2

Conferência Cobrança

Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Mesma Via	Outra Via	Bilateral	Tipo
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	797		07/01/2019	11/02/2019	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 Emer	Aux	Cód	Porte	Via	Bit	Téc	Taxa	Valor
2605949 19.01.01139 Em Aberto	2605949	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 39669 - AMANDA GINANI ANTUNES	ALINE OZORIO REBELLO		07/11/2018 18:16 18:40	NÃO NÃO	SIM	30101794 10101039	02B	M U	N N	C C	0,00 30,00	56,50 100,00 130
2603273 19.01.01139 Em Aberto	2603273	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 23173 - ANDRE MARCELO OKURA	MARIA VALENTINA ROBERTI SAVI	278151	05/11/2018 21:06 21:40	NÃO SIM	SIM	10101039		U	N	C	30,00	156,50 186,5
2622269 19.01.01139 Em Aberto	2622269	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 23173 - ANDRE MARCELO OKURA	THAINARA DANIELSKI	278359	22/11/2018 12:01 12:40	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00 160
2587432 19.01.01139 Em Aberto	2587432	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 23173 - ANDRE MARCELO OKURA	THAIS ARAUJO CAINELLI	5466	23/10/2018 05:58 07:00	NÃO SIM	SIM	30711029 10101039	01B	M U	N N	C C	0,00 30,00	21,00 130,00 160
2596595 19.01.01139 Em Aberto	2596595	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 23173 - ANDRE MARCELO OKURA	DANIEL NICOLAS COELHO	00	30/10/2018 16:59 17:30	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	100,00 130
2631141 19.01.01139 Em Aberto	2631141	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 35823 - DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA	MYLLENA GOUDARD	00	29/11/2018 18:39 19:20	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	100,00 130
2600011 19.01.01139 Em Aberto	2600011	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	THAIS ARAUJO CAINELLI	5466	01/11/2018 20:11 20:40	NÃO SIM	SIM	10101039		U	N	C	30,00	130,00 160
2639240 19.01.01139 Em Aberto	2639240	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	THIAGO ANDRE BITENCOURT DE MATOS 3264828		08/12/2018 14:41 15:20	NÃO NÃO	SIM	30711029 10101039	01B	M U	N N	C C	0,00 30,00	21,00 100,00 130
2607368 19.01.01139 Em Aberto	2607368	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	MEL BRASSALOTTI RIBEIRO	2324842	08/11/2018 19:03 19:40	NÃO SIM	SIM	30711029 10101039	01B	M U	N N	C C	0,00 30,00	21,00 130,00 160
2619712 19.01.01139 Em Aberto	2619712	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	ALBERTO HENRIQUE NOSCHANG	363659	20/11/2018 13:35 14:10	NÃO NÃO	SIM	10101039		U	N	C	30,00	100,00 130
2587194 19.01.01139 Em Aberto	2587194	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 29757 - LUIZ MULLER AVILA	SARA MARIA MACHADO ROSA	377267	22/10/2018 19:27 20:00	NÃO SIM	SIM	30711029 10101039	01B	M U	N N	C C	0,00 30,00	21,00 130,00 160

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO		Data		Página	
Relatório	Cobrança	07/01/2019	2	/	2
RELATÓRIO COBRANÇA		797			

Boletim	Numero Guia	Convênio Acomodação	Hospital Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Fim	Fer Ender	Aux	Cód	Porte	Via	Bl	Téc	Taxa	Valor
2639409 19.01.01139 Em Aberto	2639409	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 35522 - TAIS SOARES CARVALHO	MURILO THIAGO BERTA DA SILVA	366967	06/12/2018 19:14	19:50	NÃO SIM	SIM	30101794 10101039	M U	N N	C C	0,00 30,00	56,50 130,00	56,5 160
2623938 19.01.01139 Em Aberto	2623938	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO		23/11/2018 10:19	10:40	NÃO NÃO	SIM	30711037 10101039	M U	N N	C C	0,00 30,00	10,50 100,00	10,5 130
2638082 19.01.01139 Em Aberto	2638082	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	CARLOS HENDURY DA SILVA	2374391	05/12/2018 20:42	21:30	NÃO SIM	SIM	30722420 10101039	M U	N N	C C	0,00 30,00	56,50 130,00	56,5 160
2621517 19.01.01139 Em Aberto	2621517	INST. ADVENTISTA SUL BRA Ambulatorio	00001 - ASSOCIACAO HOSPITALAR DR. RAUL CARI 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	ANA LUI FARINHAS PIMENTA DE ANDRA	2116622	21/11/2018 02:35	03:00	NÃO SIM	SIM	10101039	U	N	C	30,00	130,00	160
															30,00	216,5
															30,00	140,5
															30,00	160
															30,00	216,5
															30,00	160

Total										Produção	Retenção	Taxa	Valor
Boletins										2004,00		450,00	2454,00
15													

Relatório Emitido por: ANA PAULA



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 2621517000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2621517000000	6 - Data de Validade da Senha 17589
4 - Data de Autorização 21/11/2018	5 - Senha ATIVO	
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2116622	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome ANALUA FARINHAS PIMENTA DE ANDRADE
Dados do Solicitante		
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	12 - Atendimento a RN N
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/11/2018	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		
1 21/11/2018 21:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 30% 130.00		
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\$) 130.00		
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\$) 130.00		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado		



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ANALUA FARINHAS PIMENTA DE
Nome Mãe: LUCIANA HELENA FARINHAS
Endereço: RUA ALBANO REIS - DE 556/557 AO FI
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 20/11/2008
Nome Pai: RICARDO PIMENTA DE A
Número: 939
Bairro: BOM RETIRO

Idade: 10 Anos 0 Mês 2 Dias
CNS do Paciente:
Complemento: CSA
CEP: 80520530

CODIGO 0000469859

Sexo: Feminino

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 21/11/2018 - 21:07

CRM: 25919
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 31494239

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 2116622

CODIGO 0002621517

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: LUCIANA HELENA FARINHAS

Grau de Parentesco: MAE

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

FERIMENTO EM PERNA DIREITA HÁ 1 SEMANA. MAE REFERE QUE NO MOMENTO HAVIA EXPOSIÇÃO DE TECIDO DE COR BRANCA. DESDE ENTÃO FERIMENTO ESTA AUMENTANDO, EXSUDATIVO, NEGA FEBRE.

Exame Físico

ULCERA EM TERÇO DISTAL ANTERIOR DE PERNA DIREITA, CROSTOSA COM LEVE EXSUDAÇÃO. DEAMBULA COM LEVE CLAUDICAÇÃO.

RX SEM SINAIS DE ACOMETIMENTO OSSEO. SINAIS DE ACOMETIMENTO DE PARTES MOLES

Diagnóstico

INFECÇÃO DE PARTES MOLES EM PERNA

Tratamento/Conduta

CEFALEXINA.
RETORNO EM 1 SEM EM AMBULATORIO OU ANTES NO PA SE NECESSARIO.
ORIENTO CUIDADOS E EVOLUÇÃO.

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

Médico(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: 22/11/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Analua Farinhas Pimenta de Andrade

Nº da guia: 614

Nº da carteirinha: 2.11.6495

Data Nascimento: 20/11/2008

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2018	13:38:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluna bateu a perna direita numa mureta da escola na hora do recreio e está evoluindo para uma infecção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitoria	21/11/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna está sentindo dor.

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2603273000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2603273000000	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 278151	9 - Validade da Carteira 05/11/2018	10 - Nome MARIA VALENTINA ROBERTI SAVI	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 ANDRE MARCELO OKURA	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 23173	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/11/2018	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 ANDRE MARCELO OKURA	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 05/11/2018 21:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 301. 130.00 130.00		
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\$) 130.00	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\$) 130.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Andre M. Okura
Medico
CRM 23173

Dr. Andre M. Okura
Medico
CRM 23173

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA VALENTINA ROBERTI SAVI	Data Nasc: 02/02/2010	Idade: 8 Anos 9 Meses 4 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: ROBERTA ROBERTI	Nome Pai:	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA MARTA RODRIGUES	Número: 289	Complemento:	
Cidade: PINHAIS	Bairro: PINEVILLE	CEP: 83325590	UF: PR

CODIGO 0000467951

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA	CRM: 23173	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 278151
Data/Hora: 05/11/2018 - 21:06	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco: MAE
Responsável: ROBERTA ROBERTI		

CODIGO 0002603273

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

TRAUMA TORCIONAL DE TORNOZELO DIREITO HOJE

Exame Físico

DEAMBULA SEM DOR LOCAL NO MOMENTO
RX SEM SINAIS EVIDENTES DE FRATURA OU LESOES

Diagnóstico

ENTORSE DE TNZ

Tratamento/Conduta

ANALGESIA MAIS ORIENTAÇÕES.
RETORNO AMBULATORIAL PARA REAVALIAÇÃO.



Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA
CRM: 23173

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: 06/11/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Valentina Roberti Savi

Nº da guia: 549

Nº da carteirinha: 2.78.151

Data Nascimento: 02/02/2010

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/11/2018	16:54:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Pé Direito, Pé Esquerdo

Descrição

A aluna teve uma queda da escada a 20 dias, teve inchaço mas não quebrou. Foi aplicado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erik	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	05/11/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna continua com dores no local (peito do pé)

Assinatura: Erik Fernando dos Santos de Araújo
Erik Fernando dos Santos de Araújo



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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2600011000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2600011000000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 5466	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome THAIS ARAUJO CAINELLI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 210265651130002
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
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 01/11/2018			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 01/11/2018 20:11 20:11 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 50% 130.00 130.00			
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 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 130.00	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\$) 130.00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediatra
CRM: 26.551 - TECP. 13

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediatra
CRM: 26.551 - TECP. 13



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: THAIS ARAUJO CAINELLI	Data Nasc: 15/07/2004	Idade: 14 Anos 3 Meses 18 Dias Sexo: Feminino	CODIGO 0000420842
Nome Mãe: JAQUELINE TAVARES DE ARAUJO CAINELLI	Nome Pai: JEFEHRY LIMA CAINELL	CNS do Paciente: 210265651130002	
Endereço: RUA DOUTOR ROBERTO BARROZO - DE 23	Número: 729	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SAO FRANCISCO	CEP: 80520070	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002600011
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 5466	
Data/Hora: 01/11/2018 - 20:11	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 32257403		
Responsável: JAQUELINE TAVARES DE ARAUJO		Grau de Parentesco: MAE	

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

ENTORSE TNZ HA 10 DIAS
RETORNA POR DOR LOCAL

Exame Físico

BEG, NV PRESERVADO
EM USO DE ROBOFOOT E MULETAS
SEM EDEMA
ADM INDOLOR

RAIOX SEM FX

Diagnóstico**Tratamento/Conduta**

RIENTO RETIRAR ROBOFOOT
ANALGESIA

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM: 26.551 - TCU 20

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: 02/11/2018

Página: 1



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Thais Araujo Caine lli</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5466</i>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>
ENDEREÇO: <i>Lyssimaco Ferreira da Costa 580</i>		CIDADE: <i>CTBA</i> UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>18/10</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:		
LOCAL ONDE OCORREU:		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>A aluna retorna ao hospital, depois de 10 dias ela ainda não consegue colocar o pé no chão</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>Marseli</i> TELEFONE: <i>25780656</i> NOME: TELEFONE:		
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

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

Alameda Juliá da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3631-9576
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 Curitibano 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

Retorno de atendimento. A aluna retorna ao hospital depois de 10 dias, ela ainda não consegue colocar o pé no chão.
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



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 2619712000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2619712000000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Nome ALBERTO HENRIQUE NOSCHANG		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 363659		9 - Validade da Carteira 30/07/2019		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código da Operadora 76591569000130		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 26551	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/11/2018			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 59		34 - Tipo de Consulta			
Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 11		9			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 20/11/2018 13:35 13:35 22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		100,00	
Identificação do(a) Profissional(e) Executante(s)		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -		10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 00 -		100,00	
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 Gases Medicinais (R\$)		64 - Total Geral (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado	



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alberto Henrique Noschang

Nº da guia: 588

Data Nascimento: 15/10/2005

Nº da carteirinha: 3.6.3659

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/11/2018	12:17:00	Sala de Aula	Brincadeira

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Segurou um colega pelas costas . O colega virou e o Alberto passou por cima do colega caindo da altura dele e batendo a cabeça no chão da sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Rodrigo	(30) 51-8620

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

Encaminhado pela Plus Sante

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 - 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
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2622269000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2622269000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome THAINARA DANIELSKI	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278359	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 765915690000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 23173	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/11/2018	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 ANDRE MARCELO OKURA	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 22/11/2018 12:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 100,00			
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 - Ur 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\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thainara Danielski

Nº da guia: 598

Nº da carteirinha: 2.78.359

Data Nascimento: 24/08/2005

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2018	10:43:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna torceu o pé (tornozelo) enquanto se movimentava,apresentou inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erik	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	22/11/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi aplicado gelo no local.

Assinatura:

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

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

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



2 - Nº Guia no Prestador 2596595000000

1 - Registro ANS 000000		5 - Número da Guia Principal ELEGIVEL		6 - Data da Autorização 30/10/2018		5 - Semha 0000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome DANIEL NICOLAS COELHO		11 - Cartão Nacional de Saúde 17545		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira 0000000		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO													
13 - Código na Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA													
21 - Caracter. Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 30/10/2018		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 23173		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. André M. Okura		28 - C.T. Autoriz.	
24 - Tabela 04		25 - Código do Procedimento 2		26 - Descrição 35 - Tipo de Consulta 1		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
Dados do Atendimento															
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados															
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 09101039 - CONSULTA		40 - Procedimento 10101039 - CONSULTA		41 - Descrição 10101039 - CONSULTA		42 - Códex 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$) 100,00		47 - Valor Total (R\$) 100,00				51 - Código CNES 15563	
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															
1- / /		2- / /		3- / /		4- / /		5- / /		6- / /		7- / /		8- / /	
9- / /		10- / /		11- / /		12- / /		13- / /		14- / /		15- / /		16- / /	
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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Daniel Nicolas Coelho		66 - Assinatura do Profissional Dr. André M. Okura	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Profissional		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional		72 - Assinatura do Profissional		73 - Assinatura do Profissional		74 - Assinatura do Profissional	
ACESSOPRD Data/Hora: 30/10/2018 16:59:28															
Atendimento: 2596595															
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA															
1 / 1															



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

Dados do Aluno

Ano: **2018** Data Matrícula: **02/10/2017**

Nome: **Daniel Nicolas Coelho (3577)** Curso: **8º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **81**
Sexo: **M** Data Nascimento: **09/08/2005** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua David Tows , 1121** Complemento: **Sobrado 30**
Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81830-270**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo: **3**
Cert. Nascimento Cartório:
Cert. Nascimento Cidade:
Identidade: **134559748** O.Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **02/01/2012** CPF: Cert. Nascimento UF:
E-Mail: **ecoelho@neodent.com.br** Cor/ Raça: **Branca** INEP **120634039708** RA:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº: **77386700839714**
Telefones: Residencial: **41 32583177** | Emergência: **41 33878584** | Celular: **41992011175** | Celular: **41992270940** | Celular: **41998761472** | Celular: **99131870**
Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Rosenilda(mãe), Emerson(pai), José(vô)**
Autorizo Imagem: **Sim**
Observações:



Dados do Pai

CPF: **029573609-77** Nome: **Emersom Coelho** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **02/01/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **69871216** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **13/12/1993**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua David Tows , 1121**
Complemento: **Sobrado 30** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81830-270**
Cx. Postal: E-Mail: **emercocoe@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **41998761472** |

Dados da Mãe

CPF: **029002789-61** Nome: **Rosenilda dos Santos Coelho** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/06/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **63392600** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/08/2001**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua David Tows , 1121**
Complemento: **Sobrado 30** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81830-270**
Cx. Postal: E-Mail: **mae_rose2005@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **41991318701** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **029002789-61** Nome: **Rosenilda dos Santos Coelho** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/06/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **63392600** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/08/2001**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua David Tows , 1121**
Complemento: **Sobrado 30** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81830-270**
Cx. Postal: E-Mail: **mae_rose2005@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **41991318701** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **029002789-61** Nome: **Rosenilda dos Santos Coelho** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **23/06/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **63392600** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/08/2001**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua David Tows , 1121**
Complemento: **Sobrado 30** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81830-270**
Cx. Postal: E-Mail: **mae_rose2005@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **41991318701** |

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: 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	Atividade
30/10/2018	08:29:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Ombro Direito

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Luciano,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Luan,,,	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

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

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

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

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

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

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



2 - N° Guia no Prestador

151

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MURILO THIAGO BERTA DA SILVA
Nome Mãe: ADELLY BERTA RODRIGUES DE MELO DA
Endereço: RUA ALFREDO HEISLER
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 19/01/2013
Nome Pai: RODRIGO THIAGO PINHE
Número: 96
Bairro: BACACHERI

CODIGO 0000471751
Idade: 5 Anos 10 Meses 17 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 82600470 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): TAIS SOARES CARVALHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 06/12/2018 - 18:38

CRM: 35522
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

CODIGO 0002639409
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 366967

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: ADELLY

Telefone: 998634035

Grau de Parentesco: MAE

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

paciente foi empurrado pelo colega contra mesa, colidindo a cabeça contra a quina
mãe nega sinais de alerta

Exame Físico

fcc em supercílio direito, sem sangramento ativo ou contaminação grosseira

Diagnóstico

fcc em supercílio direito

Tratamento/Conduta

sutura com cola cirúrgica



Médico(a): TAIS SOARES CARVALHO
CRM: 35522



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Murilo Thiago Berta da Silva

Nº da guia: 629

Nº da carteirinha: 3.6.6967

Data Nascimento: 19/01/2013

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/12/2018	16:49:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Olho Direito

Descrição

Em sala de aula um colega empurrou(sem intenção) o Murilo que bateu o supercílio do olho direito.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Lilian

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Data

Vladimir

06/12/2018

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

Foi colocado gelo no local.

Assinatura:

Vladimir De Jesus Ferreira Machado

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 00000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO	
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 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/11/2018		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 da 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
						100,00	
						10,50	
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		58 - Observação / Justificativa					
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /							
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		140,50	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: VITOR HUGO SUTIL RIBEIRO
Nome Mãe: CLAUDIA SUTIL RIBEIRO
Endereço: RUA ANDRE FERREIRA CAMARGO
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 28/05/2007
Nome Pai: RONALDO APARECIDO RI
Número: 564
Bairro: XAXIM

CODIGO 0000133353
Idade: 11 Anos 5 Meses 30 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: AP 102 BL 12
CEP: 81710100 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 23/11/2018 - 16:19
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: CLAUDIA SUTIL RIBEIRO

CRM: 25919
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 41 32090258

CODIGO 0002623938
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 00000000
Grau de Parentesco: MAE

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MESMO NÍVEL COM DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame Físico

RX EVIDENCIA FX DE DIÁFISE DE RÁDIO E ULNA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Diagnóstico

FX DE DIÁFISE DE RÁDIO E ULNA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Tratamento/Conduta

TALA GESSADA E INTERNO PARA REDUÇÃO INCRUENTA NO CC

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

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM: 25919
Especialidade: Traumatologia

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: 27/11/2018

Página: 1

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2018**

Data Matrícula: **21/11/2017**

Nome: **Vitor Hugo Sutil Ribeiro (5406)** Curso: **6º Ano** Turma: **4**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **28/05/2007** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
 Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua André Ferreira Camargo, 564** Complemento: **Apto 102 Blc 12B**
 Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
 Cert. Nascimento: **095007**
 Cert. Nascimento Livro: **A-267** Cert. Nascimento Folha: **207**
 Cert. Nascimento Termo: **095007**
 Cert. Nascimento Cartório: **Taborda**
 Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: _____ O. Exp: _____ UF: _____ Data: _____ CPF: _____ INEP **122555409407**
 E-Mail: **claudiasutil@hotmail.com** Cor/ Raça: _____ Religiao: **Evangélica**
 Tipo de Sangue/Fator RH: _____ Convênio: **AMIL** Nº: **05390471-0**
 Telefones: Residencial: **32090258** | Comercial: **32131593** |
 Carteira Bloqueada? **Sim** Se Carteira Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **José, Ana**
 Autorizo Imagem: **Não**



Dados do Pai

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
 Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
 Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
 Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
 Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Dados da Mãe

CPF: **026466199-01** Nome: **Claudia Sutil Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **10/01/1978** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.158.621-9** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: _____
 Grau de Instrução: _____ Endereço: **Rua André Ferreira Camargo, 564**
 Complemento: **Apto 102 Blc 12b** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
 Cx. Postal: _____ E-Mail: **claudiasutilribeiro@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
 Telefones: Celular: **41996337802** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
 Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
 Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
 Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
 Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **028509969-80** Nome: **Ronaldo Aparecido Ribeiro** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **12/02/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.857.565-6** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **30/11/2016**
 Grau de Instrução: _____ Endereço: **Residencial Rua André Ferreira Camargo, 564**
 Complemento: **Apto 102 Blc 12B** Bairro: **Xaxim** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81710-100**
 Cx. Postal: _____ E-Mail: **ronaldo.ribeiro@florencia.com.br** Religião: _____
 Telefones: Comercial: **41 32090258** | Celular: **41988064254** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Elisa Mara de Castilho
Diretora - Ato nº Ato 1623/17

Marcia Helena Duck
Secretário(a) - Ato nº Ato 7980/18

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vitor Hugo Sutil Ribeiro

Nº da guia: 603

Nº da carteirinha: 3.7.5406

Data Nascimento: 28/05/2007

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2018	15:32:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Aluno estava correndo e se chocou com outro aluno caindo em cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sergio	(41) 3051-8550

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

Aluno estava correndo e se chocou com outro aluno caindo em cima do braço.

Assinatura:

Cristiano Alexandro Rank
Diretor Adj. 1456/18

Cristiano Alexandro Rank

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

1384909

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ALINE OZORIO REBELLO	Data Nasc: 15/11/2006	Idade: 11 Anos 11 Meses 23	CODIGO 0000468196
Nome Mãe: JAKELINE OZORIO REBELLO	Nome Pai:	CNS do Paciente:	Sexo: Feminino
Endereço: RUA MAURI RODRIGUES DE SIQUEIRA	Número: 118	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: CAPAO DA IMBUIA	CEP: 82810495	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES	CRM: 39669	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002605949
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 000000	
Data/Hora: 07/11/2018 - 17:49	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 33652702		
Responsável: GUILHERME REIS REBELLO		Grau de Parentesco: IRMAO	

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

PACIENTE VITIMA DE IMPACTO CONTRA COLEGA EM ESPORTE, COM FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. SEM SINTOMAS NEUROLOGICOS ASSOCIADOS.

Exame Físico

BEG, CORADA, HIDRATADA, ORIENTADA
FCC 1,0CM SUPERFICIAL EM SUPERCILIO DIREITO

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA
COLA CIRURGICA
ORIENTACOES



Medico(a): AMANDA GINANI ANTUNES
CRM: 39669



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Aline Ozório Rebello

Nº da guia: 553

Nº da carteirinha: 2.37.4285

Data Nascimento: 15/11/2006

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2018	16:21:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Ao virar para trás aluna chocou-se com os dentes da colega cortando a pálpebra do olho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Robson Carlos(Monitor)	(41) 3226-3636

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 comunicado a mãe da aluna logo após o acidente, que enviou o irmão da mesma para acompanhá-la até o Hospital.

Assinatura: _____


Leticia Vieira
Gerente Financeiro
CAC

Leticia Vieira Pinto

Eu Guilherme Reis Rebello, estou acompanhando a aluna Aline Ozório Rebello para o Hospital Pequeno Príncipe.


Guilherme Reis Rebello

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

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

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

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

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

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

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



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

2 - N° Guia no Prestador 2587432000000

1 - Registro ANS 000000	5 - Número da Guia Principal ELEGIVEL	7 - Número da Guia Atualizado pela Operadora 17512	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 22/10/2018	6 - Data Validade da Senha	11 - Cartão Nacional de Saúde 210265651130002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 5466	9 - Validade da Carteira 31/12/2018	10 - Nome THAIS ARAUJO CAINELLI	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 23173	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 22/10/2018	23 - Indicação Clínica	28 - Ql. Autoriz. Dr. André M. Okura Médico CRM 23173
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 10/10/2018 - consulta	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 08:00 - 10:00	40 - P. Procedimento 41 - Descrição 30211029 - Imobilização de membro inferior	42 - Cide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red. Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 30% 120,00 21,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /
5- / /	6- / /	7- / /	8- / /
9- / /	10- / /	11- / /	12- / /
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 OPMs (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 181,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
ACESSOPRD	Data/Hora: 23/10/2018 05:58:07	Contal/Lote: 1375562	Atendimento: 2587432
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			1 / 1

DADOS DO PACIENTE**CODIGO 000420842**

Nome Paciente: THAIS ARAUJO CAINELLI	Data Nasc: 15/07/2004	Idade: 14 Anos 3 Meses 8 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: JAQUELINE TAVARES DE ARAUJO CAINELLI	Nome Pai: JEFEHRY LIMA CAINELL	CNS do Paciente: 210265651130002	
Endereço: RUA DOUTOR ROBERTO BARROZO - DE 23	Número: 729	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: SAO FRANCISCO	CEP: 80520070	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO**CODIGO 0002587432**

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA	CRM: 23173	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 5466
Data/Hora: 22/10/2018 - 18:16	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA		
Responsável: JAQUELINE TAVARES DE ARAUJO	Telefone: 32257403	Grau de Parentesco: MAE

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

trauma otcinal há 2 dias, com dor , edema e limitação de movimentação em tornozelo direito dor ao deambular.

Exame Físico

edema leve, nv preservado
sem siansi de instabilidade

Diagnóstico

torção tornozelo/truam torcional

Tratamento/Conduta

imobilização, aines, retorno se necessario



Dr. Andre M. Okura
Médico
CRM 23173

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA
CRM: 23173

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





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Thais Araujo Cairelli Nº DA MATRÍCULA: 5466
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Colégio Curitiba Adventista TELEFONE: 32251920
ENDEREÇO: Lyrmaco Ferreira da Costa 580 CIDADE: CTBA UF: PR

DATA DA OCORRÊNCIA: <u>18/10</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☒ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU:		

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

A aluna retorna ao hospital, depois de 10 dias ela ainda não consegue colocar o pé no chão

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Marseli

TELEFONE: 95780656

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

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

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELA PRIMEIRA VEZ, E ENTÃO SERÁ DEVOLVIDO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA.

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

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 Curitibano 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
Retorno de atendimento. A aluna retorna ao hospital depois de 10 dias, ela ainda não consegue colocar o pé no chão. 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 - 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/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 2607368000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2607368000000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MEL BRASSALOTTI RIBEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2324842		9 - Validade da Carteira 31/12/2018		10 - Nome MEL BRASSALOTTI RIBEIRO		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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		16 - Conselho Profissional 6	
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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/11/2018		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.		31 - Código CNES 15563	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 11	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de 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 08/11/2018 19:03		22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tão. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		30%, 130,00	
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	
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicos (R\$)	
65 - Total de Procedimentos (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	
69 - Total de Procedimentos (R\$)		70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		71 - Total de OPME (R\$)		72 - Total de Medicamentos (R\$)		73 - Total de Gases Médicos (R\$)	
74 - Total de Procedimentos (R\$)		75 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		76 - Total de OPME (R\$)		77 - Total de Medicamentos (R\$)		78 - Total de Gases Médicos (R\$)	
79 - Total de Procedimentos (R\$)		80 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		81 - Total de OPME (R\$)		82 - Total de Medicamentos (R\$)		83 - Total de Gases Médicos (R\$)	
84 - Total de Procedimentos (R\$)		85 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		86 - Total de OPME (R\$)		87 - Total de Medicamentos (R\$)		88 - Total de Gases Médicos (R\$)	
89 - Total de Procedimentos (R\$)		90 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		91 - Total de OPME (R\$)		92 - Total de Medicamentos (R\$)		93 - Total de Gases Médicos (R\$)	
94 - Total de Procedimentos (R\$)		95 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		96 - Total de OPME (R\$)		97 - Total de Medicamentos (R\$)		98 - Total de Gases Médicos (R\$)	
99 - Total de Procedimentos (R\$)		100 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		101 - Total de OPME (R\$)		102 - Total de Medicamentos (R\$)		103 - Total de Gases Médicos (R\$)	



Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2607368

Conta/Lote: 1385596

Data/Hora: 08/11/2018 20:47:07

Impresso por: GISLEI BRONNER

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MEL BRASSALOTTI RIBEIRO	Data Nasc: 24/02/2012	Idade: 6 Anos 8 Meses 15 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: BRUNA MARIA BRASSALOTTI RIBEIRO	Nome Pai: ALEXANDER DA SILVA R	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA CRISTIANO STROBEL -	Número: 3451	Complemento: SB22	
Cidade: CURITIBA	Bairro: BOQUEIRAO	CEP: 81750000	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	CODIGO 0002607368
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Data/Hora: 08/11/2018 - 19:03	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	Matrícula: 2324842
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco:
Responsável:		

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

paciente com quadro de entorse em tornozelo direito após pular de um brinquedo

Exame Físico

leve edema e dor a palpação do ligamento fibulotalar anterior e fibulocalcaneo
rx: sem sinais de fraturas

Diagnóstico

entorse tornozelo

Tratamento/Conduta

tala gessada
retorno em duas semanas no ambulatório
analgesia

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM: 26551 - TEOT: 13

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



Paciente



Atendimento



Documento

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mel Brassalotti Ribeiro

Nº da guia: 559

Nº da carteirinha: 2.32.4842

Data Nascimento: 24/02/2012

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2018	17:09:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Pé Direito

Descrição

Aluna pulou do brinquedo e sentiu muitas dores na parte do tornozelo,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Evelyn,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janete,,,	08/11/2018

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

Levada ao hosp. pequeno Príncipe pelos pais,,,

Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura: _____

Rudimar Roberto Nemitz

08/11/2018

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 - Bigorrilho - 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 2587194000000

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	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 22/10/2018	5 - Senha ELEGIVEL	10 - Nome SARA MARIA MACHADO ROSA	17501	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 377267	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 LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
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 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total de Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



DADOS DO PACIENTE
CODIGO 0000394702

Nome Paciente: SARA MARIA MACHADO ROSA	Data Nasc: 15/01/2008	Idade: 10 Anos 9 Meses 15 Dias Sexo: Feminino
Nome Mãe: DIONETE MACHADO ROSA	Nome Pai: JOSE ROSA	CNS do Paciente:
Endereço: RUA DOUTOR ARIELLY SOARES DA SILVA	Número: 46	Complemento:
Cidade: CURITIBA	Bairro: BOQUEIRAO	CEP: 81750220 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO
CODIGO 0002587194

Medico(a): LUIZ MULLER AVILA	CRM: 29757	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 377267
Data/Hora: 22/10/2018 - 14:32	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA		
Responsável: DIONETE MACHADO ROSA	Telefone: 984746098	Grau de Parentesco: MAE

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

trauma torcional em pe esquerdo, hoje na escola
nv presevado
dor leve a palpação, se,m eema, eritemoiu ou outras alterações.

Exame Físico
Diagnóstico

rx normsal
contusao tornozelo

Tratamento/Conduta

orientações, gelo, aines.
retorno se necessário



Luiz Muller Avila
CRM: 29.757
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Medico(a): LUIZ MULLER AVILA
CRM: 29757

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 30/10/2018

Página: 1

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	Partes do corpo
Torção	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

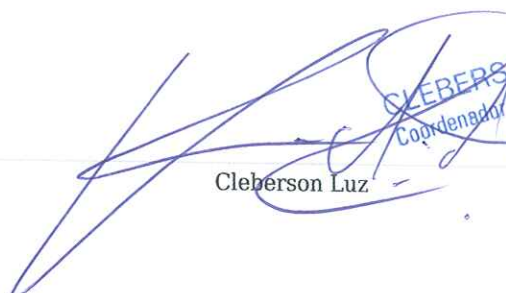
22/10/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água 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
 Coordenador de Disciplina

Cleberson Luz

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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 2638082000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2638082000000	6 - Data de Validade da Semha 17600	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 05/12/2018	5 - Senha AUT			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2374391	9 - Validade da Carteira 30/12/2018	10 - Nome CARLOS HENDURY DA SILVA	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 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 2	22 - Data da Solicitação 05/12/2018	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS			
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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEAN				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 1.0 130.00 130.00				
001 1.0 1.0 56.50 56.50				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 186.50				
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\$) 216.50				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: CARLOS HENDURY DA SILVA
Nome Mãe: NEUCILENE FLORA DA SILVA
Endereço: RUA DOUTOR LEVINO BORNANCIN
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 09/01/2008
Nome Pai: LUIS CARLOS DA SILVA
Número: 120
Bairro: CAJURU

Idade: 10 Anos 10 Meses 27
Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 82950240
UF: PR

CODIGO 0000471611

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 05/12/2018 - 20:42

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

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 2374391

CODIGO 0002638082

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: LUIS CARLOS DA SILVA
Telefone: 996194396

Grau de Parentesco: PAI

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

TRUAMA EM MAO ESQ ENQUANTO JOGAVA BOLA. REFERE DOR EM 5QDE.

RX: FX DE FP DO 5QDE

Exame Físico

EDEMA E HEMATOMA EM 5QDE

Diagnóstico

FX DA FP DO 5QDE

Tratamento/Conduta

TALA METALICA
ANALGESIA
COMPRESSA FRIA
RETORNO EM 1 SEMANA NO CONSULTORIO

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

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

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 06/12/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Carlos Hendury da Silva

Nº da guia: 627

Nº da carteirinha: 2.37.4391

Data Nascimento: 09/01/2008

Escola: Colégio Adventista Centenário -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2018	19:30:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A bola bateu na mão do aluno e deslocou o dedo mínimo.

Testemunha da ocorrência

Professora Solange

Telefone

(41) 98862-2639

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

Foi avisado o responsável que o filho seria encaminhado ao Hospital Pequeno Príncipe. O avô disse que viria ao colégio para levá-lo. O diretor acompanhou até o local para assegurar o atendimento.

Assinatura:

Douglas Leal Dos Santos



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

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

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

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2639240000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 26392400000000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização	5 - Sentia	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 3264828	9 - Validade da Carteira 06/12/2018	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cardter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/12/2018	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
Dados do Contratado/Excutor			
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 (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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 06/12/2018 15:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 100.00			
2 06/12/2018 15:13 22 30711029 IMOBILIZACAO DE MEMBRO INFERIOR 001 1.0 21.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
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- / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 121.00 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\$) 121.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: THIAGO ANDRE BITENCOURT DE MATOS	Data Nasc: 10/03/2002	Idade: 16 Anos 8 Meses 28 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: LUANA BITENCOURT SANTORO	Nome Pai: ANDRE LUIS OLIVEIRA	CNS do Paciente: 201245467000003	
Endereço: RUA JULIO MESQUITA	Número: 156	Complemento:	
Cidade: CURITIBA	Bairro: FAZENDINHA	CEP: 81330430	UF: PR

CODIGO 0000358800**DADOS DO ATENDIMENTO**

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 3264828
Data/Hora: 06/12/2018 - 15:13	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 99367418	
Responsável: LUANA BITENCOURT SANTORO		Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 0002639240**Anamnese****História da Doença Atual (HDA)**

PACIENTE ACOMPANHADO PLA MAE
RELATO DE ENTORSE DE TORNOZELO DURANTE PARTIDA DE BASQUETE

NAO CONSEGUE APOIAR PE ESQUERDO NO CHÃO

SOLICITO RX: SEM ALTERAÇÕES

Exame Físico

AUMENTO DE VOLUME DE TORNOZELO
MOBILIDADE REDUZIDA PELA DOR
DOR MODERADA

Diagnóstico

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO

Tratamento/Conduta

FAÇO TALA GESSADA ANALGESICA
PASSO ANALGESIA
RETORNO PARA REAVALIAÇÃO



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: 08/12/2018

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thiago André Bitencourt de Matos

Nº da guia: 628

Data Nascimento: 10/03/2002

Nº da carteirinha: 3.26.4828

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/12/2018	13:56:00	Ginásio	Jogos

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Ana

Telefone

(41) 9595-8805

ana

(41) 9595-8805

Quem prestou primeiros socorros

ana

Data

06/12/2018

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 mãe irá levá-lo ao Hospital Pequeno Príncipe

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 - 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 2631141000000

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validada da Sinta	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
000000			
4 - Data da Autorização	5 - Sinta		

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
0000000	31/12/2018	MYLLENA GOUDARD		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA	6	35823	41	225230	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/11/2018	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. 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 (Acidente ou Doença Relacionada)	33 - Tipo de Consulta	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	2	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data	36 - Hora Inicial	37 - Hora Final	38 - Tabela	39 - Descrição	40 - Procedimento	41 - Valor

42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
					100,00

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

57 - Observações / Justificativa

Preferiu com cópia de GE por que original encontrado com outra especialidade.

58 - Total Procedimentos (R\$)

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	30.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura de 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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MYLLENA GOUDARD	Data Nasc: 27/12/2008	Idade: 9 Anos 11 Meses 2 Dias	Sexo: Feminino
Nome Mãe: CRISTHIANE MARIA GOUDARD	Nome Pai: DEYVERSON JOSE GOUDA	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA SCHARFENBERG DE QUADROS	Número: 800	Complemento: SB01	
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS	Bairro: CENTRO	CEP: 83005090	UF: PR

CODIGO 000004363

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA	CRM: 35823	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 0000000
Data/Hora: 29/11/2018 - 18:05	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA		
Responsável: CRISTHIANE MARIA GOUDARD	Telefone: 4196830965	Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 0002631141

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

CONTUSÃO CONTRA CABEÇA DE COLEGA COM LACERAÇÃO CUTÂNEA E SANGRAMENTO
NEGA CONVULSÕES, DÉFICIT NEUROMOTOR, VÔMITOS, SÍNCOPE POS TRAUMA
REFERE VACINAÇÃO COMPLETA
NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

Exame Físico

BEG COMUNICATIVO E ORIENTADO HIDRATADO CORADO GW 15 PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
LACERAÇÃO MUCOSA EM CRÂNIO GENGIVA SUPERIOR A ESQUERDA 2CM COM EXPOSIÇÃO DE TECIDO SUBCUTÂNEO, SEM
SANGRAMENTO ATIVO
INCISIVOS NÃO FRATURADOS MAS COM FIXAÇÃO ALGO PREJUDICADA

Diagnóstico

LACERAÇÃO MUCOSA EM CRÂNIO GENGIVA SUPERIOR A ESQUERDA

Tratamento/Conduta

ORIENTAÇÕES, PRESCRIÇÃO, DEGERMAÇÃO E ALIMENTOS FRIOS E GELADOS, BUSCAR CONSULTA ORTODONTISTA ASSIM QUE POSSÍVEL, ALTA, RETORNO IMEDIATO SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS

Medico(a): DOUGLAS FAGUNDES TEIXEIRA
CRM: 35823

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Myllena Goudard

Nº da guia: 616

Nº da carteirinha: 2.33.5577

Data Nascimento: 27/12/2008

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2018	16:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Na Ed. física em atividade ocorreu o choque com a colega, batendo a boca, lábio esquerdo na testa lado direito, saindo sangue no mesmo instante, nota-se uma machucadura no lábio e gengiva.

Testemunha da ocorrência

Profe Elaine

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Joisse Lobo

Data

29/11/2018

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

Assinatura:

Joisse Almeida Lobo
Joisse Lobo

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, Juntamente com a autorização de atendimento, para que seja possível a realização do atendimento. (Obrigatório para a realização do atendimento.)
Instituição Adventista - Sul Brasileira de Saúde (SBS)
Alameda Julia da Costa, 1447 - B. Graalino - Curitiba - PR - 81200-000
Fone (41) 3240-2581 e (41) 99511-9911
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / clinicaadventista.org.br