



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

RPS nº. 335435, Série: U, emitido em 07/03/2019, conversão em 07/03/2019

Número da Nota	333629
Data e Hora de Emissão	07/03/2019 00:00:00
Código de Verificação	D4X5X00C

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: 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\$ 477,70

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$477,70

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	477,70	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: **2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. SOCORRO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAI**

Remessa: **120332** Competência: **03/2019** Entrega: **08/03/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal 335435 Série: U



Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
14/02/2019	14/02/2019	2701161000		1433772	2701161	ELIAS NEMES TINEU 3264492	95,32
27/02/2019	27/02/2019	2714701000		1440481	2714701	GUSTAVO CUNHA PICOLLI 3263583	11,83
22/02/2019	22/02/2019	2709451000		1437727	2709451	MARIA FERNANDA CABREDO F000	2,85
25/02/2019	25/02/2019	2712317000		1439424	2712317	MURILO MERCER RIBEIRO 4817	183,85
15/02/2019	15/02/2019	2702254000		1434250	2702254	SOPHIE SERRA JOAQUIM 2787	183,85

Total : 5 477,70

Total Geral : 5 477,70

08 MAR. 2019

Atendimento: 2701161 - ELIAS NEMES TINEU Lote: 1433772 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: ELIAS NEMES TINEU
 Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO / 26551
 Guia.....: 2701161000 Validade.:
 Carteira...: 3264492 Validade.: 01/09/2019 Titular...: ELIAS NEMES TINEU
 : RUA JUVENAL CARVALHO

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



Resumo da Conta Ambulatorial.

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
MATERIAIS BRASINDICE					95,32
EMERGENCIA CONVENIOS	95,32				95,32
Total da Conta:					95,32
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:					205,82

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
70034664 ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836	ROLO	3	9,0315	27,09
70852600 ATADURA CREPE 06CMX1,8M	UN	1	6,1965	6,19
70034362 ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869	ROLO	2	8,2080	16,41
0000045566 ATADURA GESSADA 08CM X 2 M	ROLO	4	11,4075	45,63
Total do Setor:				95,32
Total de MATERIAIS BRASINDICE:				95,32
Total da Conta:				95,32

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2019	10101039 Consulta em pronto socorro JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO 26551 04632089940	UND	N	1	100,0000	100,00
Total do Setor:						100,00
Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:						100,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/02/2019	30711037 Imobilizacao de membro superior JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO 26551 04632089940	ATO	N	1	10,5000	10,50

Atendimento: 2701161 - ELIAS NEMES TINEU Lote: 1433772 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

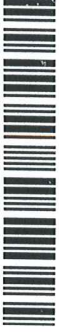
Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>HE</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
				Total do Setor:		10,50
				Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:		10,50
				Total Credenciados:		110,50
				Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:		205,82

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2701161000	6 - Data de Validade da Senha 2701161000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2701161000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 14/02/2019	5 - Senha 2701161000	10 - Nome ELIAS NEMES TINEU	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3264492	9 - Validade da Carteira 01/09/2019	10 - Nome ELIAS NEMES TINEU	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	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	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 14/02/2019	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 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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\$) 0,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 95,32	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\$) 95,32	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado



1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 2701161000	4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	5 - Código CNES 15563														
Dados do Contratado Executante																	
3 - Código na Operadora 76591569000130	12-Qtd. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$																
Despesas Realizadas																	
6-CD 7-Data 17- Registro ANVISA do Material	8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 18-Referência do material no fabricante	12-Qtd. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$	19-Nº Autorização de Funcionamento														
1 - 03 14/02/2019 18:14:21 a 18:14:21 19 70852800		1 036 1.00 6.19	6.19														
20 - Descrição: ATADURA CREPE 06CMX1,8M	18:14:21 19 70034362	2 045 1.00 8.20	16.41														
20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165 869	18:14:21 00 0000045566	4 045 1.00 11.40	45.63														
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CM X 2 M	18:14:21 19 70034664	3 045 1.00 9.03	27.09														
4 - 03 14/02/2019 18:14:21 19 70034664																	
20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836																	
<table border="1"> <tr> <td>21 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>22 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>23 - Total de Materiais (R\$)</td> <td>95.32</td> <td>24 - Total de OPME (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>26 - Total de Diárias (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>27 - Total Geral (R\$)</td> <td>95.32</td> </tr> </table>				21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	95.32	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	95.32
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	95.32	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	95.32				



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Elias Nemes Tineu

Nº da guia: 643

Nº da carteirinha: 3.26.4492

Data Nascimento: 15/07/2010

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/02/2019	16:43:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Cama Elástica

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Cotovelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava brincando em um tobogão, quando ao pular virou o cotovelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Audrei Schotag	(41) 3051-8680
André Valentim	(41) 99880-2124

Quem prestou primeiros socorros	Data
André Valentim	14/02/2019

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
Ligamos para mãe que irá acompanhar o aluno.

Assinatura:

Nelson Fagundes

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER
PRESTADOR, JUNTAMENTE COM

ATENDIMENTO, PARA

Instituição Adventista Sul Brasileira

Alameda Júlia da Costa, 140

Fone (41) 3241-2933 e (41) 3310-1000

assistenciamedica@clinicaadventista.com.br

Procedimento: 2714701 - GUSTAVO CUNHA PICOLLI Lote: 1440481 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: GUSTAVO CUNHA PICOLLI
 Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA / 21395
 Guia.....: 2714701000 Validade.:
 Carteira.: 3263583 Validade.: 31/12/2019 Titular...: GUSTAVO CUNHA PICOLLI
 : RUA RICARDO GUTHER

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



Resumo da Conta Ambulatorial.

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
MATERIAIS SIMPRO					
EMERGENCIA CONVENIOS	3,73				3,73
MATERIAIS BRASINDICE					
EMERGENCIA CONVENIOS	8,10				8,10
Total da Conta:					11,83
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:					122,33

MATERIAIS SIMPRO

Setor	133 EMERGENCIA CONVENIOS	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		0005800259 TALA METALICA ALUMINIO 16X250MM	UNIDADE	1	3,7380	3,73
Total do Setor:						3,73
Total de MATERIAIS SIMPRO:						3,73

MATERIAIS BRASINDICE

Setor	133 EMERGENCIA CONVENIOS	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
		70799172 ESPARADRAPO 4,5M 10CM	CM	40	0,2025	8,10
Total do Setor:						8,10
Total de MATERIAIS BRASINDICE:						8,10
Total da Conta:						11,83

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor	133 EMERGENCIA CONVENIOS	Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
		27/02/2019	10101039 Consulta em pronto socorro	UND	N	1	100,0000	100,00
			ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN21395 04403844944	59	CLINICO			
Total do Setor:								100,00

Atendimento: 2714701 - GUSTAVO CUNHA PICOLLI Lote: 1440481 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: 100,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/02/2019	30711010 Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)	UN	N	1	10,5000	10,50
	ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN21395 04403844944	59	CLINICO			
Total do Setor:						10,50
Total de ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA:						10,50
Total Credenciados:						110,50
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:						122,33



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

2 - Nº Guia no Prestador **2714701000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS **000000**
 3 - Número da Guia Principal **2714701000**
 4 - Data de Autorização **27/02/2019**
 5 - Senha **2714701000**
 6 - Data de Validade da Senha **2714701000**
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **2714701000**
 10 - Nome **GUSTAVO CUNHA PICOLLI**
 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde **N**
 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira **31/12/2019**
 9 - Validade da Carteira **31/12/2019**
 10 - Nome **GUSTAVO CUNHA PICOLLI**
 14 - Nome do Contratado **ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO**
 15 - Nome do Profissional Solicitante **ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA**
 16 - Conselho Profissional **6**
 17 - Número no Conselho **21395**
 18 - UF **41**
 19 - Código CBO **225270**
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante
 21 - Tipo Atendimento **2**
 22 - Data da Solicitação **27/02/2019**
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela **2**
 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial **27/02/2019**
 26 - Descrição
 27 - Qt. Solic. **28**
 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**
 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Data **37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição**
 42 - Qtde. **43-Via 44-Téc. 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
 1 - **2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -**

58 - Observação / Justificativa
 59 - Total de Procedimentos (R\$) **0.00**
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **0.00**
 61 - Total de Materiais (R\$) **11.83**
 62 - Total de OPME (R\$) **0.00**
 63 - Total de Medicamentos (R\$) **0.00**
 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) **0.00**
 65 - Total Geral (R\$) **11.83**
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 2714701000	4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	5 - Código CNES 15563			
Dados do Contratado Executante						
3 - Código na Operadora 76591569000130	Despesas Realizadas					
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento 16-Valor Total - R\$						
1 - 03 27/02/2019 13:58:21 a 13:58:21 19 70799172	40	038	1,00	0,20	8,10	
20 - Descrição: ESPARADRAPO 4,5M 10CM	1	036	1,00	3,73	3,73	
20 - Descrição: TALA METALICA ALUMINIO 16X250MM						
21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0,00	0,00	11,83	0,00	0,00	0,00	11,83

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GUSTAVO CUNHA PICOLLI		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 3263583	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 21395	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>ANA LAURA CUNHA</i>			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 27/02/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição 30771010 Tolo de Alumínio	42 - Oide
			43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess
					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 - UF
					55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /
7- / /	8- / /	9- / /	10- / /		
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
0.00	0.00	39.76	3.73	0.00	0.00
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)					
0.00					
61 - Total Materiais (R\$)					
39.76					
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\$)					
43.49					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
<i>Edwangelia J. Sudli</i>					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
<i>Edwangelia J. Sudli</i>					
68 - Assinatura do Contratado					
<i>Edwangelia J. Sudli</i>					
ACESSOPRD	Data/Hora: 27/02/2019 15:25:02	Conta/Lote: 1440481	Atendimento: 2714701	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	1440481
					1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Cunha Piccoli

Nº da guia: 681

Nº da carteirinha: 3.26.3583

Data Nascimento: 25/03/2003

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/02/2019	12:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava em aula de educação física, e durante a atividade a bola bateu em seu dedo, causando uma aparente luxação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ewerton dos Reis Bigaiski	(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros	Data
Nelson José Fagundes de Medeiros Vilela	27/02/2019

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

Observações
Mãe levou o aluno para ser atendido.

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

Atendimento: 2709451 - MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA Lote: 1437727 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA
 Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ANDRE MARCELO OKURA / 23173
 Guia.....: 2709451000 Validade.:
 Carteira.: CLINICA ADVENTISTA Validade.: 22/02/2019 Titular....: MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA
 : RUA NILO PECANHA

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



Resumo da Conta Ambulatorial.

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
MATERIAIS SIMPRO					2,04
EMERGENCIA CONVENIOS	2,04				2,04
MATERIAIS BRASINDICE					0,81
EMERGENCIA CONVENIOS	0,81				0,81
Total da Conta:					2,85
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:					113,35

MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
0005800220 TALA METALICA ALUMINIO 12X180MM	UNIDADE	1	2,0440	2,04
Total do Setor:				2,04
Total de MATERIAIS SIMPRO:				2,04

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER	CM	20	0,0405	0,81
Total do Setor:				0,81
Total de MATERIAIS BRASINDICE:				0,81
Total da Conta:				2,85

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/02/2019	10101039 Consulta em pronto socorro ANDRE MARCELO OKURA 23173 03001470909	UND	N	1	100,0000	100,00
Total do Setor:						100,00

Atendimento: 2709451 - MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA Lote: 1437727 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: 100,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/02/2019	30711010 Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)	UN	N	1	10,5000	10,50
	ANDRE MARCELO OKURA 23173 03001470909	59	CLINICO			

Total do Setor: 10,50

Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: 10,50

Total Credenciados: 110,50

Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: 113,35



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 **2709451000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2709451000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 22/02/2019	5 - Senha 2709451000	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 22/02/2019	10 - Nome MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA	
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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/02/2019	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 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 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
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
Dados de Pagamento			
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\$)
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		0.00	0.00
61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
2.85	0.00	0.00	0.00
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
2.85			



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 2709451000		5 - Código CNES 15563																					
Dados do Contratado Excitante																									
3 - Código na Operadora 76591569000130		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																							
Despesas Realizadas																									
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	19-Nº Autorização de Funcionamento														
1 - 03	22/02/2019	13:45:31	a 13:45:31	00	0000045692	20	038	1.00	0.04	0.81															
20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER																									
2 - 03	22/02/2019	13:45:31	a 13:45:31	00	0005800220	1	036	1.00	2.04	2.04															
20 - Descrição: TALA METALICA ALUMINIO 12X180MM																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>21 - Total de Gases Medicinais (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>22 - Total de Medicamentos (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>23 - Total de Materiais (R\$)</td> <td>2.85</td> <td>24 - Total de OPME (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>26 - Total de Diárias (R\$)</td> <td>0.00</td> <td>27 - Total Geral (R\$)</td> <td>2.85</td> </tr> </table>												21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	2.85	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	2.85
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	2.85	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	2.85												



Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2709451

Comal/Lote: 1437727

Data/Hora: 26/02/2019 16:32:38

Impresso por: CLAUDEMIRA CUNHA



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

2 - Nº Guia no Prestador **2709451000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal **2709451000000** 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 **CLINICAADVENTISTA** 9 - Validade da Carteira **22/02/2019** 10 - Nome **MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde **N**

Dados do Solicitante

13 - Código de 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 - Caracter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **22/02/2019** 23 - Indicação Clínica

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

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 (ocidente ou doença relacionada) **9** 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	22/02/2019	13:45	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1.0				100.00	100.00
2	22/02/2019	13:45	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1.0				10.50	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

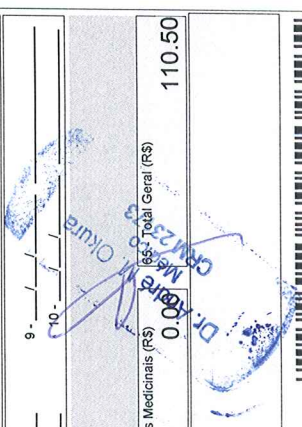
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) **110.50** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **0.00** 61 - Total de Materiais (R\$) **0.00** 62 - Total de OPME (R\$) **0.00** 63 - Total de Medicamentos (R\$) **0.00** 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) **0.00** 65 - Total Geral (R\$) **110.50**

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





Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Mariana Fernanda Logacc</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5544</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>	
ENDEREÇO: <i>Rusymaco Ferreira</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>22/02/11</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input checked="" type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>8h</i>	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>aluna estava jogando e a bola bateu no dedo e ficou roxo</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>quadra</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:	<i>professora</i>	TELEFONE:	<i>32251920</i>
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>monitores</i>			
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 Juliã da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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

Dr. André M. Okura
Médico
CRM 23173

Atendimento: 2712317 - MURILO MERCER RIBEIRO Lote: 1439424 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: MURILO MERCER RIBEIRO
 Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: CARLOS ABREU DE AGUIAR / 17843
 Guia.....: 2712317000 Validade.:
 Carteira.: 4817 Validade.: 25/02/2019 Titular...: MURILO MERCER RIBEIRO
 : RUA JORGE BREY

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



Resumo da Conta Ambulatorial.

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
TAXAS DE USO DE SALA					102,88
EMERGENCIA CONVENIOS	102,88				102,88
MATERIAIS BRASINDICE					80,97
EMERGENCIA CONVENIOS	80,97				80,97
Total da Conta:					183,85
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:					325,85

TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	UN	1	102,8800	102,88
Total do Setor:				102,88
Total de TAXAS DE USO DE SALA:				102,88

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
70034664 ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836	ROLO	2	9,0315	18,06
70852600 ATADURA CREPE 06CMX1,8M	UN	2	6,1965	12,39
70034362 ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869	ROLO	1	8,2080	8,20
0000045566 ATADURA GESSADA 08CM X 2 M	ROLO	3	11,4075	34,22
0000068401 MALHA TUBULAR 08 CM (NEVE)	CM	100	0,0810	8,10
Total do Setor:				80,97
Total de MATERIAIS BRASINDICE:				80,97
Total da Conta:				183,85

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	Qtde
----------------------------------------------	-------------	------

Atendimento: 2712317 - MURILO MERCER RIBEIRO Lote: 1439424 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/02/2019	10101039 Consulta em pronto socorro CARLOS ABREU DE AGUIAR 17843 74785036915	UND	N	1	100,0000	100,00

Total do Setor: 100,00

Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: 100,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/02/2019	30720087 Fratura do antebraço - tratamento conservador CARLOS ABREU DE AGUIAR 17843 74785036915	ATO	N	1	42,0000	42,00

Total do Setor: 42,00

Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: 42,00

Total Credenciados: 142,00

Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: 325,85



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

2 - Nº Guia no Prestador 2712317000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data de Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 4817
 9 - Validade da Carteira 25/02/2019
 10 - Nome MURILO MERCER RIBEIRO
 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
 13 - Código da Operadora 76591569000130
 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
 15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS ABREU DE AGUIAR
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 17843
 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 25/02/2019
 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 2
 26 - Descrição
 27 - Qt.Solic. 28 - Cl.Autoriz.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 76591569000130
 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 04
 33 - Indicação de Acidente (evento 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
 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

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\$) 0.00
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76
 61 - Total de Materiais (R\$) 72.87
 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\$) 112.63

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

Dr. Carlos Abreu de Aguiar
 Ortopedista
 CRM 17843

Dr. Carlos Abreu de Aguiar
 Ortopedista
 CRM 17843



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
MURILLO MERCER LIBEIRO		4817	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		3051-8600	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
RUA: Bom Pastor, 606		CTBA	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
25/02/19			
HORÁRIO DO ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	<input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input checked="" type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	
16:30 H			
LOCAL ONDE OCORREU:	QUADRA		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
em aula de educação física, caiu por cima do			
BRAÇO			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:	PROFESSORA ROSILENE	Rhoadi Nemitz Coordenador Disciplinar	TELEFONE: 3051-8600
NOME:		<i>[Assinatura]</i>	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 Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

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

OBS: SISTEMA "AMA" FORA DO "AR"





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

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **19/10/2018**

Nome: **Murilo Mercer Ribeiro (4817)**

Curso: 2º Ano - Ensino Fundamental

Turma: 24

Sexo: M Data Nascimento: 11/06/2012

Nacionalidade: Brasileira

Turno: T

Naturalidade: Curitiba

UF: PR

Estado Civil: Solteiro

Endereço: Rua Jorge Brey, 698

Complemento: Sob 06

Bairro: Alto Boqueirão

Cidade: Curitiba

UF: PR CEP:81720-230

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Livro: 222A

Cert. Nascimento Folha: 139

Cert. Nascimento Termo: 69339

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade: Curitiba

Cert. Nascimento UF: PR

Identidade: 14.458906-8

O.Exp: SESP UF: PR

Data: 12/05/2015

CPF:130340839-20 INEP 175818264229

E-Mail: danilucalilo@gmail.com

Cor/ Raça: Branca

Religiao: Católica

Tipo de Sangue/Fator RH: A +

Convênio: Clinipam

Nº:

Telefones: Residencial: 41 35282029 | Celular: 41998886111 | Celular: 41999304901 | Celular: 41999788613 | Celular: 44999670841 |

Carteirinha Bloqueada? Sim

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: Danielle, Marcio (pais), Roseli, Walter, Maria e N

Autorizo Imagem: Sim



Dados do Pai

CPF:996371629-68 Nome: Marcio Pinto Ribeiro

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 11/08/1973

Estado Civil: Casado

Identidade: 5160125-4

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 31/05/1999

Grau de Instrução: Superior completo

Endereço: Rua Jorge Brey, 698

Complemento:Sob 06

Bairro: Alto Boqueirão

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP:81720-230

Cx. Postal:

E-Mail: mribeiro996371@gmail.com

Religião: Católica

Telefones: Celular: 44999670841 |

Dados da Mãe

CPF: 027057809-98 Nome: Danielle Ribeiro

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 06/08/1978

Estado Civil: Casado

Identidade: 6340952-9

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 03/10/2017

Grau de Instrução: Superior completo

Endereço: Rua Jorge Brey, 698

Complemento:sOB 06

Bairro: Alto Boqueirão

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP:81720-230

Cx. Postal:

E-Mail: danimercer@hotmail.com

Religião: Católica

Telefones: Residencial: 41 35282029 | Celular: 41999788613 |

Dados do Responsável Legal

CPF: 027057809-98 Nome: Danielle Ribeiro

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 06/08/1978

Estado Civil: Casado

Identidade: 6340952-9

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 03/10/2017

Grau de Instrução: Superior completo

Endereço: Rua Jorge Brey, 698

Complemento:sOB 06

Bairro: Alto Boqueirão

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP:81720-230

Cx. Postal:

E-Mail: danimercer@hotmail.com

Religião: Católica

Telefones: Residencial: 41 35282029 | Celular: 41999788613 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 027057809-98 Nome: Danielle Ribeiro

Nacionalidade: Brasileira

Nascimento: 06/08/1978

Estado Civil: Casado

Identidade: 6340952-9

O. Exp: SESP

UF: PR

Data Emissão: 03/10/2017

Grau de Instrução: Superior completo

Endereço: Rua Jorge Brey, 698

Complemento:sOB 06

Bairro: Alto Boqueirão

Cidade: Curitiba

UF: PR

CEP:81720-230

Cx. Postal:

E-Mail: danimercer@hotmail.com

Religião: Católica

Telefones: Residencial: 41 35282029 | Celular: 41999788613 |

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

Atendimento: 2702254 - SOPHIE SERRA JOAQUIM Lote: 1434250 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: SOPHIE SERRA JOAQUIM
 Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS / 25919
 Guia.....: 2702254000 Validade.:
 Carteira.: 2787 Validade.: 30/11/2019 Titular...: SOPHIE SERRA JOAQUIM
 : RUA CORONEL OTTONI MACIEL

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



Resumo da Conta Ambulatorial.

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
TAXAS DE USO DE SALA					102,88
EMERGENCIA CONVENIOS	102,88				102,88
MATERIAIS BRASINDICE					80,97
EMERGENCIA CONVENIOS	80,97				80,97
Total da Conta:					183,85
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:					340,35

TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	UN	1	102,8800	102,88
Total do Setor:				102,88
Total de TAXAS DE USO DE SALA:				102,88

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
70034664 ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836	ROLO	2	9,0315	18,06
70852600 ATADURA CREPE 06CMX1,8M	UN	2	6,1965	12,39
70034362 ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869	ROLO	1	8,2080	8,20
0000045566 ATADURA GESSADA 08CM X 2 M	ROLO	3	11,4075	34,22
0000068401 MALHA TUBULAR 08 CM (NEVE)	CM	100	0,0810	8,10
Total do Setor:				80,97
Total de MATERIAIS BRASINDICE:				80,97
Total da Conta:				183,85

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	Qtde
----------------------------------------------	-------------	------

Atendimento: 2702254 - SOPHIE SERRA JOAQUIM Lote: 1434250 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/02/2019	10101039 Consulta em pronto socorro	UND	N	1	100,0000	100,00
	VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919 04650434963	59	CLINICO			
Total do Setor:						100,00
Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:						100,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/02/2019	30718066 Fratura de umero - tratamento conservador	ATO	N	1	56,5000	56,50
	VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919 04650434963	59	CLINICO			
Total do Setor:						56,50
Total de ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA:						56,50
Total Credenciados:						156,50
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:						340,35



**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 **2702254000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2702254000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 15/02/2019	5 - Senha 2702254000	6 - Data de Validade da Senha	10 - Nome SOPHIE SERRA JOAQUIM	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2787	9 - Validade da Carteira 30/11/2019	10 - Nome SOPHIE SERRA JOAQUIM	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante 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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/02/2019	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 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 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
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\$) 0.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 102.88	61 - Total de Materiais (R\$) 80.97	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\$) 183.85	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
 (para Guia de SP/ISADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 2702254000		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		5 - Código CNES 15563							
3 - Código na Operadora 76591569000130													
Despesas Realizadas													
1 -	03	15/02/2019	17:24:01	a	17:24:01	19	70852600	12	036	1.00	6.19	12.39	
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$													
17-Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante 19-Nº Autorização de Funcionamento													
20 -	03	15/02/2019	17:24:01		17:24:01	19	70034362	1	045	1.00	8.20	8.20	
20 - Descrição: ATADURA CREPE 06CMX1,8M													
3 -	03	15/02/2019	17:24:01		17:24:01	00	0000045566	3	045	1.00	11.40	34.22	
20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869													
4 -	03	15/02/2019	17:24:01		17:24:01	19	70034664	2	045	1.00	9.03	18.06	
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 08CM X 2 M													
5 -	03	15/02/2019	17:24:01		17:24:01	00	0000068401	100	038	1.00	0.08	8.10	
20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836													
6 -	07	15/02/2019	17:24:01		17:24:01	18	60023384	1	036	1.00	102.88	102.88	
20 - Descrição: MALHA TUBULAR 08 CM (NEVE)													
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)		22 - Total de Medicamentos (R\$)		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		80.97		0.00		102.88		0.00		183.85	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sophie Serra Joaquim

Nº da guia: 648

Nº da carteirinha: 2.78.7

Data Nascimento: 23/06/2011

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2019	16:32:00	Banheiro	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Cotovelo Esquerdo

Descrição

A Aluna tropeçou na sua colega e veio a cair em cima do seu braço esquerdo. Houve inchaço e mobilização do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dirceu	(41) 3097-7450
Erik	(41) 3097-7450

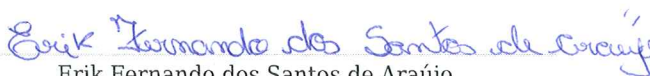
Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	15/02/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Inchaço no braço esquerdo . Atendimento médico móvel deslocado para atendimento da mesma.

Assinatura:



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