



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

RPS nº. 337790, Série: U, emitido em 19/03/2019, conversão em
19/03/2019

Número da Nota

336605

Data e Hora de Emissão

19/03/2019 13:50:12

Código de Verificação

83FR2208

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: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 2.208,14

21 MAR. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$2.208,14

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	2.208,14	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		Data		Página	
Relatório	Cobrança	18/03/2019	2	/	2
RELATÓRIO COBRANÇA					
1040					

Boletins	Numero Guia	Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio Fim	Fer Emer	Cód	Proc.	Procução	Taxa	Total
2728132 19.03.02380 Em Aberto	2728132	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA	367275	12/03/2019 17:13 17:50	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00 100,00	39,76 39,76	139,76 139,76
2711368 19.03.02380 Em Aberto	2711368	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	ELIAS NEMES TINEU	3264492	25/02/2019 08:25 09:20	NÃO NÃO	30711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	10,50 10,50	0,00 0,00	10,50 10,50
2705803 19.03.02380 Em Aberto	2705803	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	KAUE GABRIEL GONCALVES	366458	19/02/2019 18:19 18:40	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00 100,00	39,76 39,76	139,76 139,76
2712366 19.03.02380 Em Aberto	2712366	39814 - MARINA DE BARROS RODRIGUES	ANA JULIA BENNETT	367188	25/02/2019 19:58 20:40	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00 130,00	39,76 39,76	169,76 169,76
2702254 19.03.02380 Em Aberto	2702254	25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	SOPHIE SERRA JOAQUIM	2787	15/02/2019 18:43 19:30	NÃO SIM	30718066 10101039	FRATURA DE UMIERO - TRATAMENTO CONSERVADOR EM PRONTO SOCORRO	56,50 130,00 186,50	0,00 39,76 39,76	56,50 169,76 226,26



2 - Nº Guia no Prestador **2705192000000**

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
376530		19/02/2019		LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN		N					
Dados do Beneficiário				14 - Nome do Contratado			
8 - Número da Carteira		376530		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código na Operadora		765915690000130					
15 - Nome do Profissional Solicitante		ANDRE MARCELO OKURA		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		18 - UF		19 - Código CBO	
2		19/02/2019		6		23173	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
27 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
04		9		1			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				28 - Ql Autoriz.			
36 - Data		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento	
41 - Descrição				42 - Cidade			
10101039 - EM PRONTO SOCORRO				43 - Via			
				44 - Tec			
				45 - Fator Red./Acresc			
				46 - Valor Unitário (R\$)			
				47 - Valor Total (R\$)			
				100.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				52 - Conselho Profissional			
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)	
1- / /		3- / /		5- / /		60 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
2- / /		4- / /		6- / /		61 - Total de Medicamentos (R\$)	
						62 - Total de OPME (R\$)	
						63 - Total de Materiais (R\$)	
						64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
						65 - Total Geral (R\$)	
						39.76	
						66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
						68 - Assinatura do Contratado	
						69 - Assinatura do Profissional	
						70 - Assinatura do Profissional	
						71 - Assinatura do Profissional	
						72 - Assinatura do Profissional	
						73 - Assinatura do Profissional	
						74 - Assinatura do Profissional	
						75 - Assinatura do Profissional	
						76 - Assinatura do Profissional	
						77 - Assinatura do Profissional	
						78 - Assinatura do Profissional	
						79 - Assinatura do Profissional	
						80 - Assinatura do Profissional	
						81 - Assinatura do Profissional	
						82 - Assinatura do Profissional	
						83 - Assinatura do Profissional	
						84 - Assinatura do Profissional	
						85 - Assinatura do Profissional	
						86 - Assinatura do Profissional	
						87 - Assinatura do Profissional	
						88 - Assinatura do Profissional	
						89 - Assinatura do Profissional	
						90 - Assinatura do Profissional	
						91 - Assinatura do Profissional	
						92 - Assinatura do Profissional	
						93 - Assinatura do Profissional	
						94 - Assinatura do Profissional	
						95 - Assinatura do Profissional	
						96 - Assinatura do Profissional	
						97 - Assinatura do Profissional	
						98 - Assinatura do Profissional	
						99 - Assinatura do Profissional	
						100 - Assinatura do Profissional	

DADOS DO PACIENTE**CODIGO 0000458107**Nome Paciente: LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO
Nome Mãe: FRANCINE CLAUDIA KOSCIUV
Endereço: RUA TENENTE FRANCISCO FERREIRA DE
Cidade: CURITIBAData Nasc: 04/10/2005
Nome Pai: DURVAL RIBEIRO
Número: 2310
Bairro: HAUERIdade: 13 Anos 4 Meses 15 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento: AP 101 -BL A
CEP: 81630010 UF: PR**DADOS DO ATENDIMENTO****CODIGO 0002705192**Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 19/02/2019 - 09:52CRM: 23173
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 988400263Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 376530Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: FRANCINE CLAUDIA KOSCIUV

Grau de Parentesco: MAE

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

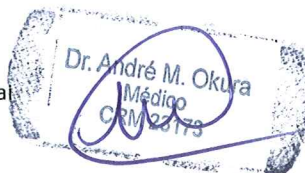
LUANA KARO 13 ANOS

TRAUMA DIRETO EM FALANGE DISTAL DE 3QD DIREITO

3QD DIREITO

Exame FísicoFLEXAO FALANGE DISTAL DO 3 QD DIREITO
RX: AVULSAO LIGAMENTAR?**Diagnóstico**

DEDO EM MARTELO

Tratamento/Condutainterno para procedimento cirurgico hoje a tarde com dr naga
em jejumMedico(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: 19/02/2019

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luanna Karoline Kosciuv Ribeiro

Nº da guia: 646

Nº da carteirinha: 3.7.6530

Data Nascimento: 04/10/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2019	10:45:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Teve um choque na aula de educação física com a bola

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Ivanildo	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ivanildo	15/02/2019

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
Aluna está sentindo muitas dores, pode ter fraturado.

Assinatura: _____


Cristiano Alexandro Rank
Diretor Adj. Atm. 45618

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luanna Karoline Kosciuv Ribeiro

Nº da guia: 646

Nº da carteirinha: 3.7.6530

Data Nascimento: 04/10/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2019	11:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Teve um choque na aula de educação física com a bola

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Ivanildo	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ivanildo	15/02/2019

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
O acidente ocorreu na sexta dia 15/02, a equipe de pronto atendimento (SUMUS) foi acionada e pediu encaminhamento da aluna assim que possível para fazer um raios x, a mãe levou a aluna no dia seguinte as 11h, porém o atendimento foi negado. A mãe preocupada cobriu a consulta e o exame via plano particular com coparticipação, assim a aluna foi atendida e submetida ao exame. O medico que atendeu solicitou retorno dia 19/02 as 08h para um possível procedimento cirúrgico. Diante desta situação a Clinica adventista foi acionada e o Sr. Jader responsável, tomou as providencias junto a administração do HPP, a fim de dar prosseguimento no atendimento INTEGRAL da Aluna, através desta guia. Caro atendente, qualquer duvida favor entrar em contato com Karen ou Jader da Clinica adventista.

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

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019** Data Matrícula: **28/09/2018**

Nome: **Luanna Karoline Kosciuv Ribeiro (6530)** Curso: **9º Ano** Turma: **2**

Sexo: **F** Data Nascimento: **04/10/2005** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**

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

Endereço: **Rua Prof. João Soares Barcelos, 1244** Complemento: **Ap. 201 BI 01**

Bairro: **Hauer** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81630-060**

Cert. Nascimento: **083170 01 55 2005 1 00304 184 0056695 73**

Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: **Serviço Distrital do Portão**

Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade: **13.433.779-6** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data: **27/11/2013** CPF: **INEP121604144849**

E-Mail: **kossuiw@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:

Telefones: Celular: **988400262**

Carteirinha Bloqueada? **Não** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair:

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Durval Ribeiro** Nacionalidade:

Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:

Grau de Instrução: Endereço:

Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:

Cx. Postal: E-Mail: Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **846830409-30** Nome: **Francine Claudia Kosciuv** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/11/1973** Estado Civil: **Separado** Identidade: **5.997.675-3** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **27/09/2013**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Prof. João Soares Barcelos, 1244**

Complemento: **Ap. 201 BI 01** Bairro: **Hauer** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81630-060**

Cx. Postal: E-Mail: **kossuiw@hotmail.com** Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **41988400262**

Dados do Responsável Legal

CPF: **846830409-30** Nome: **Francine Claudia Kosciuv** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/11/1973** Estado Civil: **Separado** Identidade: **5.997.675-3** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **27/09/2013**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Prof. João Soares Barcelos, 1244**

Complemento: **Ap. 201 BI 01** Bairro: **Hauer** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81630-060**

Cx. Postal: E-Mail: **kossuiw@hotmail.com** Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **41988400262**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **846830409-30** Nome: **Francine Claudia Kosciuv** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **01/11/1973** Estado Civil: **Separado** Identidade: **5.997.675-3** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **27/09/2013**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua Prof. João Soares Barcelos, 1244**

Complemento: **Ap. 201 BI 01** Bairro: **Hauer** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81630-060**

Cx. Postal: E-Mail: **kossuiw@hotmail.com** Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **41988400262**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Cássia de Carvalho Venturini
Diretora - Ato nº CPF 269357948-11

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

Responsável

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
705

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
31/12/2019

10 - Nome
JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora
76591569000130

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
26551

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim.
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2019

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

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)
100.00

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
0.00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
39.76

61 - Total Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
39.76

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ACESSOPRD

Data/Hora: 12/03/2019 17:13:08

Conta/Lote: 1448387

Atendimento: 2728132

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1448387

1 / 1

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA	Data Nasc: 02/06/2004	Idade: 14 Anos 9 Meses 10 Dias Sexo: Masculino	CODIGO 0000482325
Nome Mãe: TEREZA MARCHEZAN DA SILVA	Nome Pai: EDSON DA SILVA	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA ANTONIO DE PAULA BRAGA	Número: 592	Complemento:	
Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE	Bairro: CACHOEIRA	CEP: 83506010	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS	CODIGO 0002728132
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 367275	
Data/Hora: 12/03/2019 - 14:59	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA		
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 991449793	Grau de Parentesco: MAE	
Responsável: TEREZA MARCHEZAN DA SILVA			

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

Trauma em 2 e 3 qde
Edema local
Dor a mobilização

Exame Físico

NV preservado
Edema local
Dor ao mobilizar
RX: sem alterações

Diagnóstico

trauma em dedo da mao

Tratamento/Conduta

orientações

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26.551 - TEL: 991449793

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: 12/03/2019

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor Marchezan da Silva



Nº da guia: 705

Nº da carteirinha: 3.6.7275

Data Nascimento: 02/06/2004

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/03/2019	10:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

bateu a bola de Volei na mão

Partes do corpo

2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno João estava em aula de Ed. Física praticando Volei. A bola bateu de mau jeito na sua mão e acabou machucando dois dedos da mão esquerda. O aluno foi atendido e passado gelo e colocou gelo. O aluno retornou reclamando de dor e o monitor fez uma tala e foi colocado gelo novamente. Entramos em contato com os responsáveis.

Testemunha da ocorrência

Prof. Ricardo (Ed. Física)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Francisco (monitor) e Ana (monitora)

Data

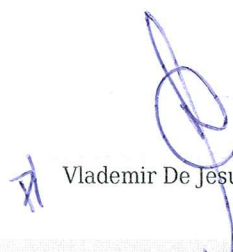
12/03/2019

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

O aluno João estava em aula de Ed. Física praticando Volei. A bola bateu de mau jeito na sua mão e acabou machucando dois dedos da mão esquerda. O aluno foi atendido e passado gelo e colocou gelo. O aluno retornou reclamando de dor e o monitor fez uma tala e foi colocado gelo novamente. Entramos em contato com os responsáveis.

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

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 19/02/2019	10 - Nome KAUE GABRIEL GONCALVES
Dados do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde 898004506507055	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 366458			
Dados do Solicitante			
13 - Código na 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			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cardápio Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 19/02/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		
28 - Qt. Autoriz.			
31 - Código CNES 15563			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 10/10/2019	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 10:39	39 - Tabela	40 - Procedimento
41 - Descrição Consulta em Ponto Seguro			
42 - Qlde			
43 - Via			
44 - Tec			
45 - Fator Red./Acresc			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$) 100,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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\$) 39.76			
61 - Total Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 39.76			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Molirele GARCIA GONCALVES			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Profissional			
70 - Assinatura do Profissional			
71 - Assinatura do Profissional			
72 - Assinatura do Profissional			
73 - Assinatura do Profissional			
74 - Assinatura do Profissional			
75 - Assinatura do Profissional			
76 - Assinatura do Profissional			
77 - Assinatura do Profissional			
78 - Assinatura do Profissional			
79 - Assinatura do Profissional			
80 - Assinatura do Profissional			
81 - Assinatura do Profissional			
82 - Assinatura do Profissional			
83 - Assinatura do Profissional			
84 - Assinatura do Profissional			
85 - Assinatura do Profissional			
86 - Assinatura do Profissional			
87 - Assinatura do Profissional			
88 - Assinatura do Profissional			
89 - Assinatura do Profissional			
90 - Assinatura do Profissional			
91 - Assinatura do Profissional			
92 - Assinatura do Profissional			
93 - Assinatura do Profissional			
94 - Assinatura do Profissional			
95 - Assinatura do Profissional			
96 - Assinatura do Profissional			
97 - Assinatura do Profissional			
98 - Assinatura do Profissional			
99 - Assinatura do Profissional			
100 - Assinatura do Profissional			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauê Gabriel Gonçalves



Nº da guia: 653

Nº da carteirinha: 3.6.6458

Data Nascimento: 17/08/2011

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2019	16:08:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

No intervalo o aluno estava brincando com os colegas e acabou virando o pé.

Testemunha da ocorrência

Luis Henrique

Francisco

Telefone

(41) 3051-8620

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Francisco

Data

19/02/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A responsável pelo aluno foi chamada e como ele estava com muita dor e com inchaço no tornozelo foi encaminhado para avaliação médica.

Assinatura:


Francielle Marcondes Cordeiro

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

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **19/10/2018**

Nome: **Kauê Gabriel Gonçalves (6458)** Curso: **3º Ano** Turma: **2**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **17/08/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
 Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua João Rebolí, 55** Complemento:
 Bairro: **Boa Vista** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-230**
 Cert. Nascimento:
 Cert. Nascimento Livro: **A-442** Cert. Nascimento Folha: **277**
 Cert. Nascimento Termo: **95077**
 Cert. Nascimento Cartório: **15º Tabelionato de Notas de Curitiba**
 Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
 Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP **127312878880**
 E-Mail: **kauegabrielgoncalves@bol.com.br** Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Católica**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: **41996041886** | Celular: **41999642954** | Celular: **41996626941** |
 Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Pais Marinete e Paulo / Thaynara irmã.**
 Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: Nome: **Paulo Roberto Gonçalves** Nacionalidade:
 Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
 Grau de Instrução: Endereço:
 Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
 Cx. Postal: E-Mail: Religião:
 Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **035965659-52** Nome: **Marinete Aparecida Gonçalves** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/08/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.911.984-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/02/1995**
 Grau de Instrução: Endereço: **Rua João Rebolí, 55**
 Complemento: **Casa 03** Bairro: **Santa Candida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-230**
 Cx. Postal: E-Mail: **mari.thay@gmail.com** Religião: **Católica**
 Telefones: Residencial: **41 96626941** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **035965659-52** Nome: **Marinete Aparecida Gonçalves** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/08/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.911.984-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/02/1995**
 Grau de Instrução: Endereço: **Rua João Rebolí, 55**
 Complemento: **Casa 03** Bairro: **Santa Candida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-230**
 Cx. Postal: E-Mail: **mari.thay@gmail.com** Religião: **Católica**
 Telefones: Residencial: **41 96626941** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **035965659-52** Nome: **Marinete Aparecida Gonçalves** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/08/1975** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6.911.984-0** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **02/02/1995**
 Grau de Instrução: Endereço: **Rua João Rebolí, 55**
 Complemento: **Casa 03** Bairro: **Santa Candida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-230**
 Cx. Postal: E-Mail: **mari.thay@gmail.com** Religião: **Católica**
 Telefones: Residencial: **41 96626941** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Sebastião Antonio Damaceno
Diretor - Ato nº Ato 1624/2017

Franciele Snack dos Santos
Secretário(a) - Ato nº Ato 1079683/2014

Responsável

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

2 - N° Guia no Prestador 2712366000000

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
367188	25/02/2019	ANA JULIA BENNERT		
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Número no Conselho	17 - Código CBO
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	MARINA DE BARROS RODRIGUES	39814	225124
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter. Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento
2	25/02/2019			
26 - Descrição				
27 - Qt. Solic.				
28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contrato Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15563	1	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
1 25/02/2019	19:58:00	19:58:00	22	
2 25/02/2019	19:58:00	19:58:00	22	
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 -
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
Obs: guia de plano em anexo				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
87.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	39.76	61 - Total Materiais (R\$)	0.00
62 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
64 - Total de Medicamentos (R\$)				
0.00				
65 - Total Geral (R\$)				
0.00				
66 - Assinatura do Contratado				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Julia Bennert

Nº da guia: 676

Nº da carteirinha: 3.6.7188

Data Nascimento: 01/10/2011

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2019	15:51:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Rosto

Descrição

Aluna estava no intervalo e tropeçou no colega. A aluna caiu com o rosto no chão batendo o nariz. Foi colocado gelo e ficamos em observação até que o responsável chegasse no colégio. Foi ligado para mãe.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Ana (monitora)

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Data

Luis (monitor)

25/02/2019

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

Aluna estava no intervalo e tropeçou no colega. A aluna caiu com o rosto no chão batendo o nariz. Foi colocado gelo e ficamos em observação até que o responsável chegasse no colégio. Foi ligado para mãe.

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA				9 - Validade da Carteira 22/02/2019				10 - Nome NICOLAS LAZZAROTTO KOVALSKI			
Dados do Solicitante				13 - Código na Operadora 76591569000130				14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO PIRES DE CAMARGOS			
21 - Caráter Atendim. 2				22 - Data da Solicitação 22/02/2019				23 - Indicação Clínica				24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
27 - Qi. Solic.				28 - Qi. Autoriz.				29 - Código na Operadora 76591569000130				30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563				32 - Tipo de Atendimento 11				33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data				37 - Hora Inicial 38 - Hora Final				39 - Tabela				40 - Procedimento			
41 - Descrição				42 - Qlde				43 - Via				44 - Tec			
45 - Fator Red/Acresc				46 - Valor Unitário (R\$)				47 - Valor Total (R\$)				48 - Seq. Ref.			
49 - Grau Part.				50 - Código na operadora/CPF				51 - Nome do Profissional				52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho				54 - UF				55 - Código CBO				56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				58 - Assinatura do Contratado				59 - Total de Gases Medicinal (R\$)				60 - Total de Medicamentos (R\$)			
61 - Total de OPME (R\$)				62 - Total de Medicamentos (R\$)				63 - Total de Gases Medicinal (R\$)				64 - Total de Gases Medicinal (R\$)			
65 - Total de Gases Medicinal (R\$)				66 - Total de Gases Medicinal (R\$)				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			
69 - Total de Gases Medicinal (R\$)				70 - Total de Gases Medicinal (R\$)				71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				72 - Assinatura do Contratado			
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				74 - Assinatura do Contratado				75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				76 - Assinatura do Contratado			
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				78 - Assinatura do Contratado				79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				80 - Assinatura do Contratado			
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				82 - Assinatura do Contratado				83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				84 - Assinatura do Contratado			
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				86 - Assinatura do Contratado				87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				88 - Assinatura do Contratado			
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				90 - Assinatura do Contratado				91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				92 - Assinatura do Contratado			
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				94 - Assinatura do Contratado				95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				96 - Assinatura do Contratado			
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				98 - Assinatura do Contratado				99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				100 - Assinatura do Contratado			
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				102 - Assinatura do Contratado				103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				104 - Assinatura do Contratado			
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				106 - Assinatura do Contratado				107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				108 - Assinatura do Contratado			
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				110 - Assinatura do Contratado				111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				112 - Assinatura do Contratado			
113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				114 - Assinatura do Contratado				115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				116 - Assinatura do Contratado			
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				118 - Assinatura do Contratado				119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				120 - Assinatura do Contratado			
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				122 - Assinatura do Contratado				123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				124 - Assinatura do Contratado			
125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				126 - Assinatura do Contratado				127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				128 - Assinatura do Contratado			
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				130 - Assinatura do Contratado				131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				132 - Assinatura do Contratado			
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				134 - Assinatura do Contratado				135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				136 - Assinatura do Contratado			
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				138 - Assinatura do Contratado				139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				140 - Assinatura do Contratado			
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				142 - Assinatura do Contratado				143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				144 - Assinatura do Contratado			
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				146 - Assinatura do Contratado				147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				148 - Assinatura do Contratado			
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				150 - Assinatura do Contratado				151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				152 - Assinatura do Contratado			
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				154 - Assinatura do Contratado				155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				156 - Assinatura do Contratado			
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				158 - Assinatura do Contratado				159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				160 - Assinatura do Contratado			
161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				162 - Assinatura do Contratado				163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				164 - Assinatura do Contratado			
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				166 - Assinatura do Contratado				167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				168 - Assinatura do Contratado			
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				170 - Assinatura do Contratado				171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				172 - Assinatura do Contratado			
173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				174 - Assinatura do Contratado				175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				176 - Assinatura do Contratado			
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				178 - Assinatura do Contratado				179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				180 - Assinatura do Contratado			
181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				182 - Assinatura do Contratado				183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				184 - Assinatura do Contratado			
185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				186 - Assinatura do Contratado				187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				188 - Assinatura do Contratado			
189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				190 - Assinatura do Contratado				191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				192 - Assinatura do Contratado			
193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				194 - Assinatura do Contratado				195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				196 - Assinatura do Contratado			
197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				198 - Assinatura do Contratado				199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				200 - Assinatura do Contratado			
201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				202 - Assinatura do Contratado				203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				204 - Assinatura do Contratado			
205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				206 - Assinatura do Contratado				207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				208 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Nícolas Lazzarotto Kovalski

Nº da guia: 671

Nº da carteirinha: 3.6.6786

Data Nascimento: 05/11/2010

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2019	13:29:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Direito

Descrição

O aluno foi entrar na quadra para fazer fila, e ao abrir o portão bateu a "sombrancelha" no ferro. Realizamos o primeiro atendimento onde limpamos com soro fisiológico, e colocamos gelo.

Testemunha da ocorrência

Ana

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Francisco

Data

22/02/2019

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

O aluno foi entrar na quadra para fazer fila, e ao abrir o portão bateu a "sombrancelha" no ferro. Realizamos o primeiro atendimento onde limpamos com soro fisiológico, e colocamos gelo.

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

1 - Registro ANS 000000		5 - Número da Guia Principal		6 - Data da Autorização		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira		278445		9 - Validade da Carteira		19/02/2019		10 - Nome		ADRYAN LUCCA MANCILIA	
Dados do Beneficiário		13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		6		26551	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
2		19/02/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
2		19/02/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
28 - QI Autoriz.											
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		04		9		1	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial 36-Hora Final		38 - Tabela		39 - Descrição		40 - Procedimento	
10/10/2019		10/10/2019		10/10/2019		10/10/2019		10/10/2019		10/10/2019	
48 - Seq. Rel.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)	
1 - / /		2 - / /		3 - / /		4 - / /		5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /		9 - / /		10 - / /		11 - / /		12 - / /	
59 - Total Procedimentos (R\$)		0.00		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		39.76		61 - Total Materiais (R\$)		0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		0.00		63 - Total de Gases Médicos (R\$)		0.00		64 - Total de Gases Médicos (R\$)		0.00	
65 - Total de Gases Médicos (R\$)		0.00		66 - Total de Gases Médicos (R\$)		0.00		67 - Total de Gases Médicos (R\$)		0.00	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Contratado	
Edone Dias de Macene		Edone Dias de Macene		Edone Dias de Macene		Edone Dias de Macene		Edone Dias de Macene		Edone Dias de Macene	
ACESSOPRD		Data/Hora: 19/02/2019 16:57:51		Conta/Lote: 1435889		Atendimento: 2705417		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1435889	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Adryan Lucca Dias Mancilia

Nº da guia: 651

Nº da carteirinha: 2.78.445

Data Nascimento: 07/04/2015

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2019	11:02:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno se chocou com seu colega, vindo a machucar seu ombro esquerdo. Naquele momento foi aplicado gelo e gelol no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Vera	(41) 3094-7450
Prof Geovanna	(41) 3094-7450

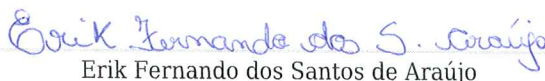
Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	19/02/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

leve inchaço no ombro esquerdo.

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

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 688	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GIULIE CAROLINE HARTRAMPF	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado		
8 - Número da Carteira 2335707	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante		
13 - Código na Operadora 76591569000130	ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		16 - Conselho Profissional		
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 28/02/2019	17 - Número no Conselho 6	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
23 - Indicação Clínica familiar aguda		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Jr. Antonio Ramos de Oliveira CRM 3627 Pediatria		
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
31 - Código CNES 15563				
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 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 5	36 - Data 28/02/2019
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 19:30 22	39 - Tabela 10101039	40 - Procedimento Cunete em Pronto	41 - Descrição vacuna 001	42 - Qlde 301
43 - Valor Red / Acresc 130.00				
44 - Valor Unitário (R\$) 46 - Valor Total (R\$)				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq.Ref. 49 - Grau Part.	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
1 - 2 -	3 - 4 -	5 - 6 -	7 - 8 -	9 - 10 -
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	63 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
65 - Total Geral (R\$) 130.00				
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
Convenção: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
1441280				
ACESSOPRD Data/Hora: 28/02/2019 19:30:25				
Conta/Lote: 1441280				

Dr. Antonio Ramos de Oliveira

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giulie Caroline Hartrampf

Nº da guia: 688

Nº da carteirinha: 2.33.5707

Data Nascimento: 16/04/2007

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2019	17:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
falta de ar e dor na perna	Rosto

Descrição

A aluna na Ed.física correu bastante e ficou sem ar e com dores na perna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Joisie Lobo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisie Lobo	28/02/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

Assinatura:

Joisie Almeida Lobo
Joisie Lobo

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

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



2 - N.º Guia no Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
000000		000000		30/12/2019		NICOLLY CRISTINA IELER SCARCKETTO		N	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA		6		21395	
21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		18 - UF		19 - Código CBO	
2		27/02/2019				41		225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.Autoriz.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		1		9	
34 - Tipo Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
04									
39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde		43 - Via	
44 - Execução / Procedimentos e Exames Realizados		45 - Fator Red/Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq.Ref.	
10101039 Consulta em Pronto Socorro				100,00				49 - Grau Part.	
								50 - Código na operadora/CPF	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
								55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização de Procedimentos em Série		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		60 - Total de Gases Médicinas (R\$)	
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /	
58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Medicamentos (R\$)		62 - Total de Gases Médicinas (R\$)	
		0.00		39.76		0.00		0.00	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		65 - Assinatura do Contratado		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Contratado	
		Donelle Cristina de Silva		ANA LAURA CUNHA		ANA LAURA CUNHA		ANA LAURA CUNHA	
ACESSOPRD		Data/Hora: 27/02/2019 18:06:05		Conta/Lote: 1440640		Atendimento: 2714927		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	
								1 / 1	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolly Cristina Ieler Scarcetto



Nº da guia: 744

Nº da carteirinha: 2.11.6628

Data Nascimento: 11/04/2006

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/02/2019	16:38:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Colega caiu em cima dela.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3225-1920

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
Já quebrou essa perna

Assinatura: _____
Deizi Silva

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

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Nicolly Cristina Leler S.</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista do Bom Retiro</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>	
ENDEREÇO: <i>Ruymarco da Costa 980</i>		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>27/02/19</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>9:20</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadra</i>			

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

Na hora da Educação Física a colega caiu em cima do pé direito da Nicolly e ela já quebrou em 2 partes esse pé no ano passado. Ela está sentindo dor.

Deizi D. Silva
Orientadora Educacional
CCABR

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Professora*

TELEFONE: *32251920*

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Professora

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Pequeno Príncipe

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) 9681-9576

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 649		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira 3301846		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome DAVI BRITO CAVALHEIRO							
Dados do Beneficiário		13 - Código na Operadora 765915690000130		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 225279		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 18/02/2019		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.					
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 765915690000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563							
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37-Hora Inicial 38-Hora Final		39 - Tabela 40-Procedimento		41-Descrição consulta		42 - Qlde		43-Via		44-Tec	
45-Valor Unitário (R\$)		46-Valor Unitário (R\$)		47-Valor Total (R\$)		48-Valor Total (R\$)		49-Valor Total (R\$)		50-Valor Total (R\$)		51-Valor Total (R\$)	
52 - Data de Realização de Procedimentos em Série		53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Responsável pela Autorização		75 - Assinatura do Responsável pela Autorização		76 - Assinatura do Responsável pela Autorização		77 - Assinatura do Responsável pela Autorização		78 - Assinatura do Responsável pela Autorização		79 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
80 - Assinatura do Responsável pela Autorização		81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		82 - Assinatura do Responsável pela Autorização		83 - Assinatura do Responsável pela Autorização		84 - Assinatura do Responsável pela Autorização		85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		86 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
87 - Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Assinatura do Responsável pela Autorização		89 - Assinatura do Responsável pela Autorização		90 - Assinatura do Responsável pela Autorização		91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		92 - Assinatura do Responsável pela Autorização		93 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
94 - Assinatura do Responsável pela Autorização		95 - Assinatura do Responsável pela Autorização		96 - Assinatura do Responsável pela Autorização		97 - Assinatura do Responsável pela Autorização		98 - Assinatura do Responsável pela Autorização		99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		100 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Brito Cavalheiro



Nº da guia: 649

Nº da carteirinha: 3.30.1846

Data Nascimento: 12/12/2008

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2019	15:40:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O aluno estava brincando de basquete com colegas da sala, durante uma disputa de bola dois integrantes do mesmo time se chocaram e o colega caiu por cima do braço do aluno Davi.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Andreia	(41) 99681-9713

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Fritolli	18/02/2019

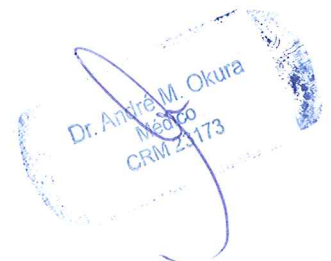
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Pais foram comunicados por telefone.

Assinatura:

Danielle Sousa Da Silva



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

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

18/52

CLÍNICA ADVENTISTA
UNIDADE DE CURITIBA
RUA DE FLORESTA PROFISSIONAL, JARDIM AUXILIAR DE
CURITIBA, PARANÁ - BRASIL
CEP: 81130-000

2. Nº. Guia de Recibo 2701161000000

Folha: 1 / 1

11 - Nome do Contratado
ELIAS NEMES TINEU

12 - Assinatura e Rubrica
N

13 - Código da Operação
76591569000130

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

15 - Nome do Profissional
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Qualificação Profissional
6

17 - Número de Consulta
25551

18 - Campo CBO
41

19 - Campo CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solidário
João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica

21 - Campo CBO
225270

22 - Campo CBO
225270

23 - Campo CBO
225270

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição
14/02/2019

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

30 - Nome do Contratado
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

31 - Código CNES
15563

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
2

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 14/02/2019 18:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

001 1.0 100.00 10.50

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\$) 100.00

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\$) 110.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica

Impresso por: DIANA GONCALVES

Data/Hor: 15/02/2019 02:31:02

Contat/Lote: 1433772

Atendimento: 2701161

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 2701161000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		2701161000000	
4 - Data de Realização		5 - Sumário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
6 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
3264492		30/12/2019		ELIAS NEMES TINEU	
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		N	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		270 6		26551	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
41		225270			
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
2		14/02/2019			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
		ou Item Assistencial			
2					
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
59		JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		15563	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
11		2			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
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 14/02/2019 18:14		22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		1.0 100.00 100.00	
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /		3 - / /			
2 - / /		4 - / /			
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
		100.00		0.00	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
0.00		0.00		0.00	
64 - Total de Gases Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
0.00		100.00			
67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contrato		69 - Assinatura do Profissional	
70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional		72 - Assinatura do Profissional	
73 - Assinatura do Profissional		74 - Assinatura do Profissional		75 - Assinatura do Profissional	
76 - Assinatura do Profissional		77 - Assinatura do Profissional		78 - Assinatura do Profissional	
79 - Assinatura do Profissional		80 - Assinatura do Profissional		81 - Assinatura do Profissional	
82 - Assinatura do Profissional		83 - Assinatura do Profissional		84 - Assinatura do Profissional	
85 - Assinatura do Profissional		86 - Assinatura do Profissional		87 - Assinatura do Profissional	
88 - Assinatura do Profissional		89 - Assinatura do Profissional		90 - Assinatura do Profissional	
91 - Assinatura do Profissional		92 - Assinatura do Profissional		93 - Assinatura do Profissional	
94 - Assinatura do Profissional		95 - Assinatura do Profissional		96 - Assinatura do Profissional	
97 - Assinatura do Profissional		98 - Assinatura do Profissional		99 - Assinatura do Profissional	
100 - Assinatura do Profissional		101 - Assinatura do Profissional		102 - Assinatura do Profissional	



Data do Atendimento

14/02/2019

Nº Atendimento

2701161

HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente

ELIAS NEMES TINEU

Mãe

ELAINE PRISCILA NEMES TINEU

Endereço

RUA JUVENAL CARVALHO

Cidade

CURITIBA

Convênio

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Nascimento

15/07/2010

Pai

ALESSANDR

Número

80

Bairro

FAZENDINHA

Plano

EMPRESARIAL

Sexo

M

Complemento

BLOCO A 7 AP 22

CEP

81320185

CPF

Telefone

997202241

UF

PR

CID

S531

Anamnese

HISTÓRIA DA DOENÇA

Queda de escorregador inflável na escola, com trauma em membro superior esquerdo.
Paciente com dor intensa.

EXAME FÍSICO

Deformidade de cotovelo esquerdo

Limitação funcional

Neurovascular preservado

Rx: luxação de cotovelo esquerdo

DIAGNÓSTICO

Luxação de cotovelo esquerdo

TRATAMENTO

Realizada redução

Imobilização com tala gessada

Analgesia

Retorno em 2 semanas para reavaliação clínica

João Caetano Munhoz Abdo

Ortopedia Pediátrica

CRM: 26.551 - TEOT: 13

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

CRM: 26551

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Elias Nemes Tineu



Nº da guia: 643

Data Nascimento: 15/07/2010

Nº da carteirinha: 3.26.4492

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	1070	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

Instituição Adventista Saúde

Alameda Júlia da Costa, 1440

Fone (41) 3245-9136

assistenciamedica@clinicaadventista.com.br



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

2 - N° Guia no Prestador 2712317000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2712317000000	
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 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 - Tipo Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 25/02/2019	
23 - Caracter do Atendimento		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 17843		30 - Nome do Contratado CARLOS ABREU DE AGUIAR	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	
1 25/02/2019 17:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
2 25/02/2019 17:44 22 30720087 FRATURA DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CONSERVADOR		001 1 1.0 100.00 100.00	
		001 1 1.0 42.00 42.00	
Identificação de(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 -		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		65 - Total de Gases Medicinais (R\$) 142.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional	

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2712317000000	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 4817	9 - Validade da Carteira 25/02/2019	10 - Nome MURILO MERCER RIBEIRO	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	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos Abreu de Aguiar Ortopedista CRM 17843
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/02/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 17843	30 - Nome do Contratado CARLOS ABREU DE AGUIAR		
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			
1 25/02/2019 17:44	22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 25/02/2019 17:44	22 30720087	FRATURA DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CONSERVADOR	
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001	1	1	1.0 100.00
001	1	1	1.0 42.00
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 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	3 -	5 -	7 -
2 -	4 -	6 -	8 -
59 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 142.00			
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\$) 142.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MURILO MERCER RIBEIRO	Data Nasc: 11/06/2012	Idade: 6 Anos 8 Meses 14 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: DANIELLE RIBEIRO	Nome Pai: MARCIO PINTO RIBEIRO	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA JORGE BREY	Número: 698	Complemento: SOB 06	
Cidade: CURITIBA	Bairro: ALTO BOQUEIRAO	CEP: 81720230	UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): CARLOS ABREU DE AGUIAR	CRM: 17843	CODIGO 0002712317
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Data/Hora: 25/02/2019 - 17:44	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	Matrícula: 4817
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone: 32098492 99	Grau de Parentesco: PAI
Responsável: MARCIO PINTO RIBEIRO		

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

6anos
21kg

queda do mesmo nível
dor em antebraço esquerdo e ulna proximal

Exame Físico

nv preservado
torus ulna proximal

Diagnóstico

fratura antebraço ulna proximal

Tratamento/Conduta

Tala braquiopalmar
Retorno ambulatorial
Orientações

Dr. Carlos Abreu de Aguiar
Ortopedista
CRM 17843

Medico(a): CARLOS ABREU DE AGUIAR
CRM: 17843

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: 25/02/2019

Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Murilo Mercer Ribeiro

Nº da guia: 680

Nº da carteirinha: 2.32.4817

Data Nascimento: 11/06/2012

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2019	15:00:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Em aula de educação física, aluno caiu por cima do braço,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Rosilene,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Maria,,,	25/02/2019

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
Mãe levou ao especialista pelo colégio (Hosp. Peq. Príncipe), não possui plano de saúde,,,

Assinatura: _____

Rogério Pereira Santana

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
NOME COMPLETO DO ALUNO: MURILLO MERCER LIBEIRO		Nº DA MATRÍCULA: 4817
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO		TELEFONE: 3051-8600
ENDEREÇO: RUA: Bom Pastor, 606		CIDADE: CTBA UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 25/02/19	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: 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 BRACO		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME: PROFESSORA ROSILENE	Rhoadi Nemitz Coordenador Disciplinar	TELEFONE: 3051-8600
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 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"

Dr. Carlos Abreu de Aguiar
Ortopedista
CRM 17283

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 15/02/2019	5 - Senha ATIVO	10 - Nome SOPHIE SERRA JOAQUIM	11 - Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2787	9 - Validade da Carteira 30/11/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor Hugo Ramos
Dados do Profissional Solicitante				
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 15/02/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
70101039 Consulta em Pronto Socorro				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional				
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Assinatura do Profissional				
70 - Assinatura do Profissional Solicitante				
71 - Assinatura do Profissional				
72 - Assinatura do Profissional				
73 - Assinatura do Profissional				
74 - Assinatura do Profissional				
75 - Assinatura do Profissional				
76 - Assinatura do Profissional				
77 - Assinatura do Profissional				
78 - Assinatura do Profissional				
79 - Assinatura do Profissional				
80 - Assinatura do Profissional				
81 - Assinatura do Profissional				
82 - Assinatura do Profissional				
83 - Assinatura do Profissional				
84 - Assinatura do Profissional				
85 - Assinatura do Profissional				
86 - Assinatura do Profissional				
87 - Assinatura do Profissional				
88 - Assinatura do Profissional				
89 - Assinatura do Profissional				
90 - Assinatura do Profissional				
91 - Assinatura do Profissional				
92 - Assinatura do Profissional				
93 - Assinatura do Profissional				
94 - Assinatura do Profissional				
95 - Assinatura do Profissional				
96 - Assinatura do Profissional				
97 - Assinatura do Profissional				
98 - Assinatura do Profissional				
99 - Assinatura do Profissional				
100 - Assinatura do Profissional				

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: SOPHIE SERRA JOAQUIM	Data Nasc: 23/06/2011	CODIGO 0000479298
Nome Mãe: ALESSANDRA APARECIDA SERRA JOAQUIM	Nome Pai: PASÇAL JOAQUIM	Idade: 7 Anos 7 Meses 23 Dias Sexo: Feminino
Endereço: RUA CORONEL OTTONI MACIEL	Número: 215	CNS do Paciente:
Cidade: CURITIBA	Bairro: VILA IZABEL	Complemento: AP302
		CEP: 80320000
		UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	CRM: 25919	CODIGO 0002702254
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Data/Hora: 15/02/2019 - 17:24	Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA	Matrícula: 2787
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA	Telefone:	Grau de Parentesco: AMIGO (A)
Responsável: BERNARDETE DIONYSIO		

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

sophie, 7 anos.

refere queda de mesmo nível
refere dor em cotovelo esquerdo.

Exame Físico

beg, corada, hidratada
pronusupinação livre
nv preservado-ulnar mediano e radial
dor a flexo extensao-leve intensidade

rx: fratura supra condiliana GD I

Diagnóstico

fratura supra gd I

Tratamento/Conduta

retorno em 7 dias
tala gessada
oreinto sianis de alarme
movimentar os dedos
cuidados com gesso

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

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



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
15/02/2019	16:32:00	Banheiro

Atividade

Deslocamento interno

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

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

Dirceu

Erik

Telefone

(41) 3097-7450

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Erik

Data

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2712802000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2712802000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 01/09/2019	10 - Nome LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Solicitante					
15 - Nome do Profissional Solicitante ALENCAR KENJI NAGAI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16554	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 26/02/2019	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 ALENCAR KENJI NAGAI		31 - Código ONES 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					
1 26/02/2019 08:36	22	20104103	001	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	10.50
2 26/02/2019 08:36	22	30711010	001	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\$) 21.00					
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\$) 21.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO Data Nasc: 04/10/2005 **CODIGO 0000458107**
 Nome Mãe: FRANCINE CLAUDIA KOSCIUV Nome Pai: DURVAL RIBEIRO Idade: 13 Anos 4 Meses 22 Dias Sexo: Feminino
 Endereço: RUA TENENTE FRANCISCO FERREIRA DE Número: 2310 CNS do Paciente:
 Cidade: CURITIBA Bairro: HAUER CEP: 81630010 Complemento: AP 101 -BL A UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): ALENCAR KENJI NAGAI CRM: 16554 **CODIGO 0002712802**
 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL Ambulatório: ORTOPEDIA
 Data/Hora: 26/02/2019 - 08:36 Tipo Atendimento: AMBULATORIAL Matrícula: 0000000
 Procedimento: 00010014 - CONSULTA EM CONSULTORIO (HORARIO NORMAL OU PRE ES
 Responsável: Telefone: Grau de Parentesco:

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

cirurgia de FALANGE DISTAL DE 3QD DIREITO dia 19/02/2019
 sem queixas de dor ou febre

Exame Físico

curativo seco
 3º terceiro dedo direito: fratura alinhada

Diagnóstico

fratura do terceiro dedo direito

Tratamento/Conduta

tala alumínio
 curativo e enfaixamento

Dr. Alencar Kenji Nagai
 CRM 16554

Medico(a): ALENCAR KENJI NAGAI
 CRM: 16554



Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:			
Guanna Karoline Kocun Ribeiro			
STIPULANTE:		APÓLICE N.º	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
Renan Francisco Ferreira de Souza Curitiba		PR	
DATA DA OCORRÊNCIA:	HORAS:	LOCAL ONDE OCORREU:	MUNICÍPIO:
16/02/2019	10h35	Escola	Curitiba
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS			
Acidente na escola na educação física.			
Colégio Adventista Bagueros.			
Perdeu uma bola de mal feito.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):			
Professor e colegas.			
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):			
Escola			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
16/02/2019 - 14h.			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
Hospital Pequeno Príncipe - Dr. Alencar Nogueira			
HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE?			
QUAL? Direção do Colégio e da Clínica Adventista			
CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS			
Clínica Adventista - 0800 99519-9118			
OBSERVAÇÕES:			
Kocun			
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS			
LOCAL		DATA	ASSINATURA DO SEGURADO
Curitiba		16/02/2019	Guanna K. Kocun

Guanna K. Kocun

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE
(FAVOR ESCREVER COM LETRA BEM LEGÍVEL)

NOME DO SEGURADO:

Guama Karoline Kessair Ribeiro

DATA DA OCORRÊNCIA:

16/02/2019

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO:

16/02/2019

DIAGNÓSTICO

CID:

M20.0

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

(IMPORTANTE: QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

fratura do terceiro dedo direito. Tratado cirurgicamente.
Prescritos curativos e imobilização com tala de alumínio

A LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☒

NÃO ☐

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

A LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☐

NÃO ☒

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

C INSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE:

☒ NENHUMA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

☐ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

☐ MORTE

Q QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

6 meses

Q QUAL O TEMPO QUE O SEGURADO NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

6 meses

H HUVÉ AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

NÃO

C OBSERVAÇÕES:

NOME DO MÉDICO:

Alencar K. Nagai

Dr. Alencar Kenji Nagai
CRM 16554

CRM:

16554

E ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONES:

E ENDEREÇO CONSULTÓRIO:

Hospital Pequeno Príncipe

TELEFONES:

3310-1010

Curitiba

LOCAL

26/02/2019

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Alencar Kenji Nagai
CRM 16554



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

2 - Nº Guia no Prestador 2711368000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2711368000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome ELIAS NEMES TINEU	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N	
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	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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/02/2019	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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	31 - Código ONES 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/02/2019 08:25 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 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\$) 10.50					
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\$) 10.50					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



DADOS DO PACIENTE		CODIGO 0000100524	
Nome do Paciente: ELIAS NEMES TINEU	Data Nasc: 15/07/2010	Idade: 8 Anos 7 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino
Nome Mãe: ELAINE PRISCILA NEMES TINEU	Nome Pai: ALESSANDRO TINEU	CNS do Paciente:	
Endereço: RUA JUVENAL CARVALHO	Número: 80	Complemento: BLOCO A 7 AP 22	
Cidade: CURITIBA	Bairro: FAZENDINHA	CEP: 81320185	UF: PR
DADOS DO ATENDIMENTO		CODIGO 0002711368	
Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	CRM: 26551	Ambulatório: ORTOPEDIA	
Condição: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	Plano: EMPRESARIAL	Matrícula: 3264492	
Data/Hora: 25/02/2019 - 08:25	Tipo Atendimento: AMBULATORIAL		
Procedimento: 00010014 - CONSULTA EM CONSULTORIO	(HORARIO NORMAL OU PRE ES		
Responsável:	Telefone:		
		Grau de Parentesco:	

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

luxação de cotovelo
10 dias de volução pos redução
sem queixas

Exame Físico

tala bem posicionada
retilínea
aumento de volume em região de epicondilo medial
dor a palpação e mobilização

Diagnóstico

luxação de cotovelo

Tratamento/Conduta

manter tala mais 10 dias
retorno em 2 semana para reavaliação

João Caetano Munhoz Abdo
Ortopedia Pediátrica
CRM: 26.551 - TEP: 12571

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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

Elías Nunes Tumeu

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

Rua Juremal Barvalho, 80

CIDADE:

Curitiba PR

UF:

DATA DA OCORRÊNCIA:

14/02/2019

HORAS:

17:00

LOCAL ONDE OCORREU:

Escola

MUNICÍPIO:

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

Queda de escorregador inflável, gerando trauma em membros superior esquerdo e luxação em cotovelo.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

Escola Adventista. 14/02/2019

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

14/02/2019 às 19:00 hrs

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

João Bastião Munhoz Abdo, Hospital Pequeno Príncipe

HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE?

QUAL?

nao

CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS

OBSERVAÇÕES:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS

Curitiba

LOCAL

25/02/2019

DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE
(FAVOR ESCREVER COM LETRA BEM LEGÍVEL)

NOME DO SEGURADO:

Elias Nunes Tunes

DATA DA OCORRÊNCIA:

14/02/2019

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO:

14/02/2019

DIAGNÓSTICO

CID:

S531

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

(IMPORTANTE: QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESIS A EXPRESSÃO CORRENTE DO USO SIGNIFICADO E AO DESCRIVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

Lesão de cotovelo, reduzida momentaneamente na 1ª dia. Está em uso de tala magnum palmar.

A: LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☒

NÃO ☐

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

A: LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☐

NÃO ☒

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE:

() NENHUMA

() INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO? () MORTE

30 dias

QUAL O TEMPO QUE O SEGURADO NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

30 dias

HÁ AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

Não

OBSERVAÇÕES:

NOME DO MÉDICO:

João Caetano Munhoz Abdo

CRM:

27706

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONES:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO:

Hospital Pequeno Príncipe

TELEFONES:

3310-10416

Localidade

LOCAL

25/02/2019

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

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

2 - Nº Guia no Prestador 2714701000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	GUSTAVO CUNHA PICOLLI		
Dados do Beneficiário						
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado					
765915690000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	6	21395	41	225270		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caráter Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
2	27/02/2019					
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					
765915690000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
04	9	1				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)						
0.00						
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)						
39.76						
61 - Total Materiais (R\$)						
3.73						
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						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contrato						
69 - Assinatura do Profissional						
110.50						
1440481						
1440481						

ACESSOPRD Data/Hora: 27/02/2019 15:25:02 Conta/Lote: 1440481

Atendimento: 2714701

1/1

CONVÊNIO: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1440481

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 3263583	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GUSTAVO CUNHA PICOLLI				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 21395	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 27/02/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	
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- / /						
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- / /						
100- / /						
101- / /						
102- / /						
103- / /						
104- / /						
105- / /						
106- / /						
107- / /						
108- / /						
109- / /						
110- / /						
111- / /						
112- / /						
113- / /						
114- / /						
115- / /						
116- / /						
117- / /						
118- / /						
119- / /						
120- / /						
121- / /						
122- / /						
123- / /						
124- / /						
125- / /						
126- / /						
127- / /						
128- / /						
129- / /						
130- / /						
131- / /						
132- / /						
133- / /						
134- / /						
135- / /						
136- / /						
137- / /						
138- / /						
139- / /						
140- / /						
141- / /						
142- / /						
143- / /						
144- / /						
145- / /						
146- / /						
147- / /						
148- / /						
149- / /						
150- / /						
151- / /						
152- / /						
153- / /						
154- / /						
155- / /						
156- / /						
157- / /						
158- / /						
159- / /						
160- / /						
161- / /						
162- / /						
163- / /						
164- / /						
165- / /						
166- / /						
167- / /						
168- / /						
169- / /						
170- / /						
171- / /						
172- / /						
173- / /						
174- / /						
175- / /						
176- / /						
177- / /						
178- / /						
179- / /						
180- / /						
181- / /						
182- / /						
183- / /						
184- / /						
185- / /						
186- / /						
187- / /						
188- / /						
189- / /						
190- / /						
191- / /						
192- / /						
193- / /						
194- / /						
195- / /						
196- / /						
197- / /						
198- / /						
199- / /						
200- / /						
201- / /						
202- / /						
203- / /						
204- / /						
205- / /						
206- / /						
207- / /						
208- / /						
209- / /						
210- / /						
211- / /						
212- / /						
213- / /						
214- / /						
215- / /						
216- / /						
217- / /						
218- / /						
219- / /						
220- / /						
221- / /						
222- / /						
223- / /						
224- / /						
225- / /						
226- / /						
227- / /						
228- / /						
229- / /						
230- / /						
231- / /						
232- / /						
233- / /						
234- / /						
235- / /						
236- / /						
237- / /						
238- / /						
239- / /						
240- / /						
241- / /						
242- / /						
243- / /						
244- / /						
245- / /						
246- / /						
247- / /						
248- / /						
249- / /						
250- / /						
251- / /						
252- / /						
253- / /						
254- / /						
255- / /						
256- / /						
257- / /						
258- / /						
259- / /						
260- / /						
261- / /						
262- / /						
263- / /						
264- / /						
265- / /						
266- / /						
267- / /						
268- / /						
269- / /						
270- / /						
271- / /						
272- / /						
273- / /						
274- / /						
275- / /						
276- / /						
277- / /						
278- / /						
279- / /						
280- / /						
281- / /						
282- / /						
283- / /						
284- / /						
285- / /						
286- / /						
287- / /						
288- / /						
289- / /						
290- / /						
291- / /						
292- / /						
293- / /						
294- / /						
295- / /						
296- / /						
297- / /						
298- / /						
299- / /						
300- / /						
301- / /						
302- / /						
303- / /						
304- / /						
305- / /						
306- / /						
307- / /						
308- / /						
309- / /						
310- / /						
311- / /						
312- / /						
313- / /						
314- / /						
315- / /						
316- / /						
317- / /						
318- / /						
319- / /						
320- / /						
321- / /						
322- / /						
323- / /						
324- / /						
325- / /						
326- / /						
327- / /						
328- / /						
329- / /						
330- / /						
331- / /						
332- / /						
333- / /						
334- / /						
335- / /						
336- / /						
337- / /						
338- / /						
339- / /						
340- / /						
341- / /						
342- / /						
343- / /						
344- / /						
345- / /						
346- / /						
347- / /						
348- / /						
349- / /						
350- / /						
351- / /						
352- / /						
353- / /						
354- / /						
355- / /						
356- / /						
357- / /						
358- / /						
359- / /						
360- / /						
361- / /						
362- / /						
363- / /						
364- / /						
365- / /						
366- / /						
367- / /						
368- / /						
369- / /						
370- / /						
371- / /						
372- / /						
373- / /						
374- / /						
375- / /						
376- / /						
377- / /						
378- / /						
379- / /						
380- / /						
381- / /						
382- / /						
383- / /						
384- / /						
385- / /						
386- / /						
387- / /						
388- / /						
389- / /						
390- / /						
391- / /						
392- / /						
393- / /						
394- / /						
395- / /						
396- / /						
397- / /						
398- / /						
399- / /						
400- / /						
401- / /						
402- / /						
403- / /						
404- / /						
405- / /						
406- / /						
407- / /						
408- / /						
409- / /						
410- / /						
411- / /						
412- / /						
413- / /						
414- / /						
415- / /						
416- / /						
417- / /						
418- / /						
419- / /						
420- / /						
421- / /						
422- / /						
423- / /						
424- / /						
425- / /						
426- / /						
427- / /						
428- / /						
429- / /						
430- / /						
431- / /						
432- / /						
433- / /						
434- / /						
435- / /						
436- / /						
437- / /						
438- / /						
439- / /						
440- / /						
441- / /						
442- / /						
443- / /						
444- / /						
445- / /						
446- / /						
447- / /						
448- / /						
449- / /						
450- / /						
451- / /						
452- / /						
453- / /						
454- / /						
455- / /						
456- / /						
457- / /						
458- / /						
459- / /						
460- / /						
461- / /						
462- / /						
463- / /						
464- / /						
465- / /						
466- / /						
467- / /						
468- / /						
469- / /						
470- / /						
471- / /						
472- / /						
473- / /						
474- / /						
475- / /						
476- / /						
477- / /						
478- / /						
479- / /						
480- / /						
481- / /						
482- / /						
483- / /						
484- / /						
485- / /						
486- / /						
487- / /						
488- / /						
489- / /						
490- / /						
491- / /						
492- / /						
493- / /						
494- / /						
495- / /						
496- / /						
497- / /						
498- / /						
499- / /						
500- / /						
501- / /						
502- / /						
503- / /						
504- / /						
505- / /						
506- / /						
507- / /						
508- / /						
509- / /						
510- / /						
511- / /						
512- / /						
513- / /						
514- / /						
515- / /						
516- / /						
517- / /						
518- / /						
519- / /						
520- / /						
521- / /						
522- / /						
523- / /						
524- / /						
525- / /						
526- / /						
527- / /						
528- / /						
529- / /						
530- / /						
531- / /						
532- / /						
533- / /						
534- / /						
535- / /						
536- / /						
537- / /						
538- / /						
539- / /						
540- / /						
541- / /						
542- / /						
543- / /						
544- / /						
545- / /						
546- / /						
547- / /						
548- / /						
549- / /						
550- / /						
551- / /						
552- / /						
553- / /						
554- / /						
555- / /						
556- / /						
557- / /						
558- / /						
559- / /						
560- / /						
561- / /						
562- / /						
563- / /						
564- / /						
565- / /						
566- / /						
567- / /						
568- / /						
569- / /						
570- / /						
571- / /						
572- / /						
573- / /						
574- / /						
575- / /						
576- / /						
577- / /						
578- / /						
579- / /						
580- / /						
581- / /						
582- / /						
583- / /						
584- / /						
585- / /						
586- / /						
587- / /						
588- / /						
589- / /						
590- / /						
591- / /						
592- / /						
593- / /						
594- / /						
595- / /						
596- / /						
597- / /						
598- / /						
599- / /						
600- / /						
601- / /						
602- / /						
603- / /						
604- / /						
605- / /						
606- / /						
607- / /						
608- / /						
609- / /						
610- / /						
611- / /						
612- / /						
613- / /						
614- / /						
615- / /						
616- / /						
617- / /						
618- / /						
619- / /						
620- / /						
621- / /						
622- / /						
623- / /						
624- / /						
625- / /						
626- / /						
627- / /						
628- / /						
629- / /						
630- / /						
631- / /						
632- / /						
633- / /						

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GUSTAVO CUNHA PICOLLI
Nome Mãe: ELISANGELA CUNHA PICOLLI
Endereço: RUA RICARDO GUTHER
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 25/03/2003
Nome Pai: ROSANO PICOLLI
Número: 650
Bairro: GUAIRA

CODIGO 0000332667
Idade: 15 Anos 11 Meses 2 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 80630320 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 27/02/2019 - 13:58
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: ROSANO PICCOLI

CRM: 21395
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 33328676

CODIGO 0002714701
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 3263583

Grau de Parentesco: PAI

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

Gustavo, 15 anos.

traum direto em 3 qd a direita hoje em jogo de queimada
edema apos.
dor leve

Exame Físico

beg, corado, hidratado, anicterico
edema em interfalangeana proximal do 4 dedo
flexo extensao preservada porem dolorosa
hematoma leve

rx: sem fraturas

Diagnóstico

contusao dedo

Tratamento/Conduta

tala aluminio
aínes
retorn se necessario

ANA LAURA CUNHA
CRM PR 21395

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

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

Paciente



Atendimento



Documento



Data impressão: 27/02/2019

Página: 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

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

Partes do corpo

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

Ewerton dos Reis Bigaiski

Telefone

(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros

Nelson José Fagundes de Medeiros Vilela

Data

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 - 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2709451000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2709451000000	6 - Data de Validade da Senha 2709451000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2709451000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 22/02/2019	5 - Senha 2709451000	10 - Nome MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira CLINICAADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 22/02/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA	16 - Conselho Profissional 6
13 - Código da Operadora 76591569000130	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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/02/2019	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 59	30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA	31 - Código CNES 15563	32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
Dados do Atendimentos				
34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 22/02/2019 13:45 13:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
2 22/02/2019 13:45 13:45 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 100.00 100.00				
001 1.0 10.50 10.50				
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -				
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				



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 2709451000
4 - Data de Autorização 22/02/2019	5 - Senha 2709451000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
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
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 26 - Descrição ou Item Assistencial		
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA	
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 22/02/2019 13:45	22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 22/02/2019 13:45	22 30711010	IMOBILIZACOES NAO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tsc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
001	1.0	100.00
001	1.0	10.50
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 -	3 -	5 -
2 -	4 -	6 -
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		



01/03

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA
Nome Mãe: GRHOSDH LYSSETTY GLUSAC
Endereço: RUA NILO PECANHA
Cidade: COLOMBO

Data Nasc: 20/04/2002
Nome Pai: ROBERTO FOGACA ALMEI
Número: 859
Bairro: GUARANI

Idade: 16 Anos 10 Meses 8 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento: APT 3
CEP: 83409220

CODIGO 0000384171

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): ANDRE MARCELO OKURA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 22/02/2019 - 13:45

CRM: 23173
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 32097572

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: CLINICA ADVENTISTA

CODIGO 0002709451

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: ROBERTO FOGACA ALMEIDA

Grau de Parentesco: PAI

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

maria fernanda , 16 anos

refere trauma direito em 5 qd a direita em jogo de volei na escola
dor e edema apos.

Exame Físico

beg, corad,a hidratada
dor em interfalangeana proximal de 5 qd a direita
flexo extensao preservada
nv preservado
hematoma leve
edema +/4

rx: sem evidencia de fraturas ou luxações

Diagnóstico

contusao 5 qd

Tratamento/Conduta

orientações fgerias
gelo local
tala metalica
aínes por 3 dias
afasto de atividades fisicas por uma semana

Dr. André M. Okura
Médico
CRM 23173

Médico(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: 28/02/2019

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Fernanda Cabredo Fogaça Almeida

Nº da guia: 745

Nº da carteirinha: 2.11.5745

Data Nascimento: 20/04/2002

Escola: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2019	08:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Aluna estava jogando e a bola bateu no dedo e ficou roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3225-1920

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
-

Assinatura: _____
Deizi Silva

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

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Maria Fernanda Logaca</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5544</i>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>
ENDEREÇO: <i>Ruymarco Ferreira</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>22/02/14</i>		UF: <i>PR</i>
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>8h</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?
LOCAL ONDE OCORREU: <i>quadra</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>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>professora</i> NOME: TELEFONE: <i>32251920</i>		
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>monitores</i> TELEFONE: DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC): NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS. (ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)		

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

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br Dr. André M. Okura

CRM 23173