



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

RPS nº. 339649, Série: U, emitido em 29/03/2019, conversão em
29/03/2019

Número da Nota

338356

Data e Hora de Emissão

29/03/2019 00:00:00

Código de Verificação

YP2F960P

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: INST ADVENTISTA SUL BRAS 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\$ 386,80

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$386,80

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	386,80	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

Remessa: **121613** Competência: **04/2019** Entrega: **01/04/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período									
Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira		Valor	
20/03/2019	20/03/2019	2738438000		1453905	2738438	ALEX GABRIEL VIEIRA JANUAF000		40,44	
14/03/2019	14/03/2019	2731239000		1449977	2731239	ALICE DE ANDRADE	2334165	40,44	
12/03/2019	12/03/2019	2728215000		1448441	2728215	JOAO VICTOR MARCHEZAN D/000		38,04	
13/03/2019	13/03/2019	2729308000		1448955	2729308	LUANA STOCCHERO MIRAND	3302244	115,72	
12/03/2019	12/03/2019	2727369000		1448065	2727369	LUANNA KAROLINE KOSCIUV	F0000000000000	38,04	
22/02/2019	22/02/2019	2709525000		1437782	2709525	MARIA FERNANDA CABREDO	F000000000	38,04	
18/03/2019	18/03/2019	2734753000		1451957	2734753	PEDRO HENRIQUE PEREIRA	278776	38,04	
22/02/2019	22/02/2019	2709105000		1437592	2709105	SOPHIE SERRA JOAQUIM	0000000000000	38,04	
Total : 8								386,80	
Total Geral : 8								386,80	



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

2 - Nº Guia no Prestador 2738438000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2738438000
4 - Data de Autorização 20/03/2019	5 - Senha 2738438000		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	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 NADIA CRISTINA RALDI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33419	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/03/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	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 20/03/2019 17:29 22 40803112 RX - PUNHO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 40.44 40.44			
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\$) 40.44			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 40.44			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



2738438 887291

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal ADVENTISTA	6 - Data de Validade da Senha ADVENTISTA	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora ADVENTISTA	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 20/03/2019	5 - Senha ADVENTISTA	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	19 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante NADIA CRISTINA RALDI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33419	28 - Ql. Autoriz. 27 - Ql. Solic.
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/03/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 20/03/2019 17:29 22 40803112 RX - PUNHO	42 - Qcde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.44 40.44			
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\$) 40.44	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				65 - Total Geral (R\$) 40.44
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de 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		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
21 - Carteira do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Código do Procedimento ou Item Assistência		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabula		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red/Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref. 45-Grau Part.	
49 - Seq. Ref. 45-Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Sônia Rosa Vieira Jansen

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 837291

Paciente: **ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: NADIA CRISTINA RALDI

Data Pedido: 20/03/2019 17:29:00

Data Laudo: 21/03/2019 11:20:11

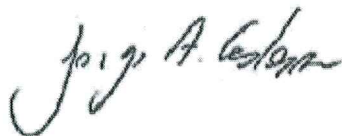
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura no terço distal dos ossos do antebraço

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alex Gabriel Vieira Januário



Nº da guia: 736

Data Nascimento: 30/03/2005

Nº da carteirinha: 2.33.4610

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2019	15:50:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Recreio

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava no recreio brincando e caiu sozinho quebrando o antebraço, está torto

Testemunha da ocorrência

Denis Monitor

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Joisse Lobo

Data

20/03/2019

Local de atendimento

Atendimento no próprio
estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Contato com o Responsável.

Sônia Rose Vieira Januário

Assinatura:

Joisse Almeida Lobo
Joisse Lobo

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE ATENDIMENTO, JUNTAMENTE COM AS CRIANÇAS DESEMPENHADAS NO ATENDIMENTO, NOTIFICANDO A CLÍNICA ADVENTISTA DE ATENDIMENTO.

Instituição Adventista Sul Brasileira - Rua João de Deus, 111 - Fátima

Alameda Júlia de Costa, 1447 - Fátima - Curitiba - PR - CEP: 81210-000

Fone (41) 3220-2022 e (41) 3220-2023

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização 14/03/2019		5 - Senha 2731239000				2731239000	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome ALICE DE ANDRADE		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2334165						12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
13 - Código da Operadora 76591569000130		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 38421		18 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica					
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/03/2019					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado				31 - Código CINES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130		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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 14/03/2019 22:43 22:43 22 40803112 RX - PUNHO						001 1.0 40.44 40.44	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /							
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.44		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 40.44			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2731239	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2731239	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 14/03/2019	5 - Senha 2731239	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome ALICE DE ANDRADE	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2334165				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38421	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/03/2019	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 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 14/03/2019 22:43 22:43	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - PUNHO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.44 40.44				
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\$) 40.44	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 40.44				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
8 - Número da Carteira		2334165		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora		ALICE DE MOURA		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		ALICE DE MOURA		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 269405 Pedido: 835222
Paciente: **ALICE DE ANDRADE**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: RICARDO SPRENGER FALAVINHA
JUNIOR

Data Pedido: 14/03/2019 22:43:00

Data Laudo: 19/03/2019 16:21:47

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do rádio distal.

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



MARCO ANTONIO SANDRIN
CRM: 24401

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alice de Andrade

Nº da guia: 712

Nº da carteirinha: 2.33.4165

Data Nascimento: 25/03/2011

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2019	16:09:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna na aula de Ed.Física caiu e bateu o braço, foi colocado gelo e gelol, depois de um tempo formou-se um inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elaine Mara Professora	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Neuza Aparecida	14/03/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

Assinatura:


Joisse Lobo

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ENTREGUE PARA CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO
PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS GUÍAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO
ATENDIMENTO, NOTIFICAÇÃO E CUPAS (de acordo com dados abaixo)

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

Endereço: Rua das Indústrias, nº 122, Jd. Santa Helena, Curitiba - PR - 81070-070



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

2 - Nº Guia no Prestador 2728215000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2728215000	
4 - Data de Autorização 12/03/2019		5 - Senha 2728215000		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA	
8 - Número da Carteira 000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional	
13 - Código da Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6	
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA		17 - Número no Conselho 41		18 - UF 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/03/2019		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		40 - Procedimento 41 - Descrição	
1 12/03/2019 16:03		22 40803120 16:03		RX - MAO OU QUIRODACTILO	
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		001 1.0 38.04		38.04	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.04		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - Nº Guia no Prestador **2728215000000**

Folha: 1 / 1

2728215 034200

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora ADVENTISTA	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 12/03/2019	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41710	18 - UF 41
22 - Data da Solicitação 12/03/2019			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento 2			
26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.			
31 - Código CNES 15563			
Dados do Contratado Exercente			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/03/2019 16:03 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04			
Identificação do(s) Profissional(is) Exercente(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 - Observação / Justificativa			
57 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 38.04			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



SECTOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

EMERGENCIA / CONVENIO	
3 - Número da Guia Principal	
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
12 - Atendimento a RN	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome João Victor da Silva	
9 - Validade da Carteira	
16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho	
18 - UF	
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Isabel Miranda Médica CRM-PR 41710	
14 - Nome do Contratado	
13 - Código na Operadora	
15 - Nome do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Cardter do 22 - Data da Solicitação	
Atendimento	
23 - Indicação Clínica	
24 - Descrição	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Quantidade	
27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.	
31 - Código CNES	
30 - Nome do Contratado	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
34 - Tipo de Consulta	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data	
37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final	
39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição	
42 - Qtd.	
43 - Via	
44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)	
48 - Seq Ref	
49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPP	
51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho	
54 - UF	
55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

X *prova parâmetros da Silva*

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 482325 Pedido: 834200

Paciente: JOAO VICTOR MARCHEZAN DA SILVA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ISABEL HAHN MIRANDA

Data Pedido: 12/03/2019 16:03:00

Data Laudo: 13/03/2019 10:30:36

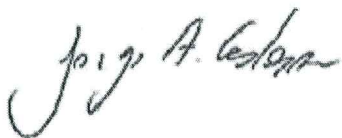
RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor Marchezan da Silva



Nº da guia: 705

Data Nascimento: 02/06/2004

Nº da carteirinha: 3.6.7275

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	Partes do corpo
bateu a bola de Volei na mão	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	107 0	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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

X *Terese Marchezan da Silva*



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 2729308000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2729308000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/03/2019		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 3302244		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome LUANA STOCCHERO MIRANDA			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JULIO MAKSOUD BRAZUNA		16 - Conselho Profissional 6	
15 - Nome do Profissional Solicitante JULIO MAKSOUD BRAZUNA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 39618		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/03/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.							
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 13/03/2019 13:14 13:14 2 13/03/2019 13:14 13:14		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO) RX - PE OU PODOACTILLO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 002 1.0 38.04 76.08 001 1.0 39.64 39.64			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.72		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 Casos Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 115.72		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2729308

Contat.Lote: 1448955

Data/Hora: 20/03/2019 09:00:01

Impresso por: LIZINEIA SORANZO



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 2729308000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2729308	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2729308
4 - Data de Autorização 13/03/2019	5 - Senha 2729308	10 - Nome LUANA STOCCHERO MIRANDA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3302244	9 - Validade da Carteira 31/12/2019		
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante JULIO MAKSOUD BRAZUNA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39618	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/03/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 13/03/2019 13:14 22 40804089 2 13/03/2019 13:14 22 40804089 3 13/03/2019 13:14 22 40804097	40 - Procedimento RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) RX - PE OU PODODACTILO	41 - Descrição	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04 001 1.0 38.04 38.04 001 1.0 39.64 39.64
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.72	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\$) 115.72	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Conselho Profissional		14 - UF	
8 - Número da Carteira		13 - Nome do Contratado		15 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Responsável		16 - Nome do Profissional Responsável		17 - Nome do Profissional Responsável		18 - Nome do Profissional Responsável		19 - Nome do Profissional Responsável		20 - Nome do Profissional Responsável	
21 - Carimbo do Profissional Responsável		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		28 - Tipo de Atendimento		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Hora Inicial		40 - Hora Final		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red/Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPE	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

13031209
Daniel

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 482439 Pedido: 834561
Paciente: **LUANA STOCCHERO MIRANDA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JULIO MAKSOUD BRAZUNA

Data Pedido: 13/03/2019 13:14:00
Data Laudo: 14/03/2019 15:22:45

RADIOGRAFIA DE TORNOZELOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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

RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luana Stocchero Mirand

Nº da guia: 708

Nº da carteirinha: 3.30.2244

Data Nascimento: 09/02/2008

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/03/2019	11:34:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava participando da aula de educação física e tropeçou no pé de outro colega, quando houve a torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carine e Luciana	(41) 3028-5400
Danielle Sousa da Silva Ferraz de Matos	(41) 99681-3311

Quem prestou primeiros socorros	Data
Luciana	13/03/2019

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

Foi colocado gelo no pé da aluna.

Assinatura:

Danielle Sousa Da Silva

13/03/2019

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ENTREGUE ÀS CLÍNICAS ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIA. (Continuar dados abaixo)

Endereço: Rua Desembargador Motta, 1070 - Água Verde, Curitiba - PR - CEP: 81130-070

Telefone: (41) 3310-1000 / (41) 3310-1326

E-mail: atendimento@adventist.org.br

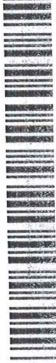
Site: www.adventist.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2727369000	6 - Data de Validade da Senha 2727369000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2727369000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 12/03/2019	5 - Senha 2727369000	10 - Nome LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da 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
15 - Nome do Profissional Solicitante ALENCAR KENJI NAGAI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16554		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 12/03/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 12/03/2019 08:45 08:45 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 38.04	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



2727369 833228.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 000000000000	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	17 - Número no Conselho 16554				
15 - Nome do Profissional Solicitante ALENCAR KENJI NAGAI	16 - Conselho Profissional 6	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 12/03/2019	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 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 12/03/2019 08:45 22 40803120	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04					
Identificação do(a) Profissional(e) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 38.04					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - Nº Guia no Prestador

Fernine

Clínica Adventista

833928

2727369

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 458107 Pedido: 833928
Paciente: **LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: ALENCAR KENJI NAGAI

Data Pedido: 12/03/2019 08:45:00
Data Laudo: 12/03/2019 14:00:39

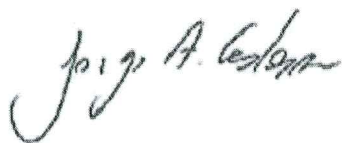
RADIOGRAFIA DO TERCEIRO DEDO DA MÃO DIREITA

Os seguintes aspectos foram observados:

Presença de dois fios de Kirschner fixando a extremidade distal na falange média.

Exame de controle evolutivo pós operatório.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

Luanna Karoline Koseiut Ribeiro

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

Ruente Francisco Ferreira

CIDADE:

Curitiba

UF:

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

15/02/2019

HORAS:

10:30

LOCAL ONDE OCORREU:

Colegio Adventista

MUNICÍPIO:

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

Fratura no dedo mão direita - Educ. Física

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

Professor - Alunos

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

16/02/2018

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Alencar Kenji Nagai

HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?

QUAL ?

Chamaram ambulância médica

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

12/03/2019

DATA

Francine

ASSINATURA DO SEGURADO

Francine Claudia Koseiut



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

2 - Nº Guia no Prestador 2709525000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2709525000	
4 - Data de Autorização 22/02/2019		5 - Senha 2709525000		6 - Data de Validade da Senha 2709525000	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 00000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019	
10 - Nome MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante LETICIA GRAZIELLY WAGNER		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 36586	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/02/2019	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.	
Dados do Contratado Excitante		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/02/2019 14:42 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.04 38.04		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.04		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização	





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

2 - Nº Guia no Prestador 2709525000000

Folha: 1 / 1

2709525 020583

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2709525	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2709525	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 22/02/2019	5 - Senha 2709525	10 - Nome MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 00000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	19 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante LETICIA GRAZIELLY WAGNER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36586	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/02/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 22/02/2019 14:42 14:42	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 38.04 38.04
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				65 - Total Geral (R\$) 38.04
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2709525

Conta/Lote: 1437782

Data/Hora: 22/02/2019 14:51:54

Impresso por: LUCINEIDE MULLER

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Chm. Solic.
28 - Chm. Aut.

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red. Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora / CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

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

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

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

Centro de Imagem**Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada**

Prontuário: 353234	Pedido: 828583	
Paciente: MARIA FERNANDA CABREDO FOGACA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER	Data Pedido: 22/02/2019 14:42:00	
	Data Laudo: 07/03/2019 15:10:30	

RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura da base da falange média.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Fernanda Cabredo Fogaça Almeida

Nº da guia: 745

Nº da carteirinha: 2.11.5745

Data Nascimento: 20/04/2002

Escola: Colégio Curitiba 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 - 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>Maria Fernanda Logacc</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>5544</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista</i>		TELEFONE: <i>32251920</i>	
ENDEREÇO: <i>Ruymaco Ferreira</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>22/02/19</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>8h</i>			
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> TELEFONE: QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>monitores</i> DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <i>* Joao de Melo</i> 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 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.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 2734753000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2734753000
4 - Data de Autorização 18/03/2019	5 - Senha 2734753000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 278776	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
10 - Nome PEDRO HENRIQUE PEREIRA		
Dados do Solicitante		
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38421
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/03/2019	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 18/03/2019 10:44 10:44 22	39 - Tabela 40 - Procedimento EX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	41 - Descrição 001
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 38.04 1.0 38.04		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Sq.Ref. 49 - Gr.Part 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 38.04		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado		



Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2734753

Conta/Lote: 1451957

Data/Hora: 29/03/2019 15:06:30

Impresso por: LIZINEIA.SORANZO



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2734753000000

Folha: 1 / 1

2734753 036201.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2734753	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 18/03/2019	5 - Senha 2734753	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278776	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome PEDRO HENRIQUE PEREIRA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 38421	17 - Número no Conselho 41	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/03/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição			
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) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 18/03/2019 10:44 10:44 22	39 - Tabela 40 - Procedimento RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	41 - Descrição 001	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 38.04 38.04
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 38.04			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: ALESSANDRA CARVALHO

Data/Hora: 18/03/2019 10:46:18

Conta/Lote: 1451957

Atendimento: 2734753

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



_____ para assinatura e conexão pela Autorização

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	483058	Pedido:	836201
Paciente:	PEDRO HENRIQUE PEREIRA		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	Data Pedido:	18/03/2019 10:44:00
		Data Laudo:	21/03/2019 14:16:04

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Pereira

Nº da guia: 724

Nº da carteirinha: 2.78.776

Data Nascimento: 16/08/2007

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data da Ocorrência: 18/03/2019
Horário: 08:36:00
Local: Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

O aluno sofreu um entorse no pé direito quando estava jogando bola na quadra. apresenta inchaço e o aluno não consegue apoiar o seu pé no chão.

Testemunha da ocorrência

Profº Felipe

Quem prestou primeiros socorros

Prof Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Data

18/03/2019

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Atendimento no próprio estabelecimento

Observações

Foi aplicado gelo no local.

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, RELATOR DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados anexo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/00,
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista



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

2 - Nº Guia no Prestador 2709105000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2709105000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 22/02/2019		5 - Senha 2709105000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome SOPHIE SERRA JOAQUIM		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 000000000000							
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional 6	
13 - Código da Operadora 76591569000130		17 - Número no Conselho 25919		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 22/02/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 22/02/2019 10:24 10:24		39 - Tabela 40 - Procedimento 22 40803090		41 - Descrição RX - COTOVELO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 001		44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/acr 38.04	
46 - Valor Unitário 38.04		47 - Valor Total 38.04		52 - Conselho Prof 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 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.04		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	

2709105

020470

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome SOPHIE SERRA JOAQUIM		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 00000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 25919		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 22/02/2019		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qi.Solic.		28 - Qi.Autoriz.			
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		42 - Qtde. 001		43 - Via 001		44 - Rec. 1.0	
45 - Fator R/Aor 38.04		46 - Valor Unitário 38.04		47 - Valor Total 38.04		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.04		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.04			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional			



Clinica Adv.



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

JOB N.º 036.08

REQUISIÇÃO DE EXAME

23.06.18

2208105
828473

Nome Arthur ☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA
Idade 18 Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☒ Convênio ☐ SUS
Clínica Rx Colaruto ☐ Emergência ☐ Ortopedia ☐ Leito 1
Exames Requisitados: 1) Rx Colaruto 2) AP-P 3)

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica

Resumo Clínico

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

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

Técnico R.X. Ctba, de de Médico - CRM

Cód 246

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25019
Ortopedia e Traumatologia

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 479298 Pedido: 828478

Paciente: **SOPHIE SERRA JOAQUIM**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

Data Pedido: 22/02/2019 10:24:00

Data Laudo: 22/02/2019 11:23:43

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

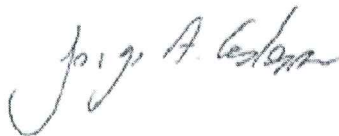
Os seguintes aspectos foram observados:

Controle com imobilização gessada

Estrutura óssea íntegra.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sophie Serra Joaquim

Nº da guia: 848

Nº da carteirinha: 2.787

Data Nascimento: 23/06/2011
Escola: Escola Adventista Pinhal EIEF

AMA

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

O que aconteceu

Choque com terceiro (Ex: entre dois alunos)

Partes do corpo

Braco 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
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 Jôlle da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9116
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br