



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

RPS nº. 346462, Série: U, emitido em 10/05/2019, conversão em 10/05/2019

Número da Nota

345207

Data e Hora de Emissão

10/05/2019 08:19:13

Código de Verificação

Y4YMB10B

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\$ 1.517,60

10 MAIO 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.517,60

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	1.517,60	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				Página	
Relatório		Data		1 / 1	
RELATÓRIO COBRANÇA		Cobrança		1233	
		08/05/2019			

Conferência Cobrança									
Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Base	Vencimento	Emergência	Mesma Via	Outra Via	Bilateral	Tipo
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	1233		08/05/2019	10/06/2019	0%	100,00%	70,00%	50,00%	DATA DA PRODUÇÃO

Boletim	Numero Guia	Cooperado	Paciente Sentia	Matricula Plano	Data Início	Fim	Fer Emer	Cód	Proc.	Procução	Taxa	Total
2775253 19.05.01279 Em Aberto	2775253	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	ANDRESSA GABRIELLY DE OLIVEIRA D		18/04/2019 14:51	15:01	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2774315 19.05.01279 Em Aberto	2774315	29757 - LUIZ MULLER AVILA	AYLA BARBOSA LEAL	377289	17/04/2019 24:26	24:36	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00	39,76	169,76
2781039 19.05.01279 Em Aberto	2781039	16804 - KHRISTIANO MENDEZ RIBEIRO	GABRIEL VEIGA ZITTLAU	2324600	23/04/2019 19:50	20:00	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00	39,76	169,76
2774137 19.05.01279 Em Aberto	2774137	21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	KAUA VISLOSKI DOS SANTOS	278276	17/04/2019 11:56	12:06	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
276231 19.05.01279 Em Aberto	276231	16554 - ALENCAR KENJI NAGAI	LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO		09/04/2019 08:17	08:27	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2761751 19.05.01279 Em Aberto	2761751	29757 - LUIZ MULLER AVILA	MAITE FAGUNDES	2325046	08/04/2019 16:59	17:09	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2755906 19.05.01279 Em Aberto	2755906	34755 - PAULA RUBIO VILAR	MARIA CLARA BARCHIK DOS SANTOS		03/04/2019 20:46	21:10	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00	39,76	169,76
2775071 19.05.01279 Em Aberto	2775071	23173 - ANDRE MARCELO OKURA	MARIA EDUARDA ROVEREDO JURANSK	374990	18/04/2019 13:41	13:51	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2774214 19.05.01279 Em Aberto	2774214	11479 - CICERO ALAOR KLUPPEL	RODRIGO BARBOSA FERNANDES		17/04/2019 19:15	19:25	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00	39,76	169,76
2753785 19.05.01279 Em Aberto	2753785	41698 - LORAIN ENTRINGER FALQUETO	VITORIA RUEDA CRUZ	2375897	02/04/2019 12:27	12:37	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76

Total				Produção		Taxa de disponibilidade		Valor	
1517,60				397,60		1120,00			

Relatório Emitido por: ANA PAULA



2 - N.º Guia no Prestador

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	
278276		31/12/2019		KAUA VISLOSKI DOS SANTOS		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
278276		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		6		21395	
13 - Código na Operadora		15 - Nome do Profissional Solicitante		18 - UF		19 - Código CBO	
76591569000130		ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA		41		225270	
20 - Data da Solicitação		21 - Caracter Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
2		17/04/2019		2		17/04/2019	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.	
25		25		25		28 - Qt.Autoriz.	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		2		2	
34 - Hora Inicial		35 - Hora Final		36 - Data		37 - Hora Inicial	
10:00		10:30		10/04/2019		10:00	
38 - Descrição		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
10101039 - EM PRONTO SOCORRO		10101039		10101039		10101039	
42 - Seq. Ref.		43 - Grau Part.		44 - Código na operadora/CPF		45 - Nome do Profissional	
10101039		10101039		10101039		10101039	
46 - Data de Realização de Procedimentos em Série		47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		48 - Assinatura do Profissional		49 - Assinatura do Contratado	
10101039		10101039		10101039		10101039	
50 - Total Procedimentos (R\$)		51 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		52 - Total de Medicamentos (R\$)		53 - Total de Gases Médicos (R\$)	
0.00		39.76		0.00		0.00	
54 - Observações / Justificativa		55 - Observações / Justificativa		56 - Observações / Justificativa		57 - Observações / Justificativa	
10101039		10101039		10101039		10101039	
58 - Total Geral (R\$)		59 - Total Geral (R\$)		60 - Total Geral (R\$)		61 - Total Geral (R\$)	
100,00		100,00		100,00		100,00	
62 - Assinatura do Responsável pela Autorização		63 - Assinatura do Responsável		64 - Assinatura do Responsável		65 - Assinatura do Responsável	
10101039		10101039		10101039		10101039	
66 - Data/Hora		67 - Data/Hora		68 - Data/Hora		69 - Data/Hora	
19/04/2019 11:56:45		19/04/2019 11:56:45		19/04/2019 11:56:45		19/04/2019 11:56:45	
70 - Conta/Lote		71 - Conta/Lote		72 - Conta/Lote		73 - Conta/Lote	
1473026		1473026		1473026		1473026	
74 - Convênio		75 - Convênio		76 - Convênio		77 - Convênio	
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	
78 - 1/1		79 - 1/1		80 - 1/1		81 - 1/1	
1473026		1473026		1473026		1473026	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kauã Visloski dos Santos

Nº da guia: 812

Nº da carteirinha: 2.78.276

Data Nascimento: 24/05/2006

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2019	11:55:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula de educação física o aluno sofreu uma queda de mesmo nível e bateu o joelho. O mesmo relata sentir dores e dificuldade em realizar movimentos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	413097-7450

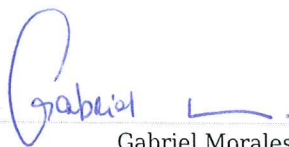
Quem prestou primeiros socorros	Data
Milena (monitora)	17/04/2019

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 recebeu atendimento prévio na Unidade Escolar e foi encaminhado para a responsável que veio buscá-lo.

Assinatura:


Gabriel Morales

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Andressa Gabrielly de Oliveira da Silva

Nº da guia: 921

Nº da carteirinha: 2.11.7229

Data Nascimento: 24/06/2013

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2019	09:12:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição

A aluna bateu o joelho esquerdo na catraca e caiu em cima.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora	18/04/2019

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

A aluna foi levada ao hospital pela mãe.

Assinatura: _____

Juliano Cruz

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

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Andressa Gabrielly de Oliveira da Silva</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>7229</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista Bom Retiro</i>		TELEFONE: <i>3225-1920</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Szymon Ferreira da Costa 980</i>		CIDADE: <i>Curitiba</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>18/04/2019</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>10h15</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Colégio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Bateu o joelho esquerdo na catraca e caiu em cima do equipamento (catraca).</i>			
<i>- Leandro Roberto de Eduarda</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Prof. Bruna</i>	TELEFONE: <i>3225-1920</i>		
NOME:	TELEFONE:		
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Prof. Bruna</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>18/04/2019</i>			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <i>Dr. João Carlos - Hospital Pequeno Príncipe</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 Juliã da Costa, 1447 / Bigorrião / 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 ELEGIVEL		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17732		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 18/04/2019		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 374990		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome MARIA EDUARDA ROVEREDO JURAVSK			
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 18/04/2019		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 23173	
23 - Indicação Clínica		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		28 - Ql.Autoriz.	
24 - Tabela 25		25 - Código do Procedimento 26		26 - Descrição		27 - Ql.Solic.	
Dados do Contratado / Executante 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 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 40 - Procedimento 41 42 - Obte 43 44 - Tec 45 46 - Valor Red. Acresc 47 48 - Valor Total (R\$) 100,00							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 49 - Seq.Ref. 50 51 - Nome do Profissional 52 53 - Conselho Profissional 54 55 - Código CBO 56							
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 69 - Assinatura do Profissional Solicitante							
ACESSOPRD		Data/Hora: 18/04/2019 13:41:23		Conta/Lote: 1473522		Atendimento: 2775071	
				Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1 / 1	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Eduarda Roveredo Juravski

Nº da guia: 822

Nº da carteirinha: 3.7.4990

Data Nascimento: 07/03/2006

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2019	10:54:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

a aluna estava correndo enroscou na rede e caiu com o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ivanildo	(30) 51-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ivanildo	18/04/2019

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 aluna foi socorrida pela equipe da SUMUS.

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 - Bigorrião - 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 2762310000000	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 LUANNA KAROLINE KOSCIUV RIBEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0000000	9 - Validade da Carteira 01/09/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ALENCAR KENJI NAGAI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16554	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 09/04/2019	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 da Operadora 59	30 - Nome do Contratado ALENCAR KENJI NAGAI			31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 09/04/2019 08:17 08:17 22 42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1 1 1.0 100,00				
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 10101039 - EM PRONTO SOCORRO				
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\$) 117,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		64 - Total Geral (R\$) 100,00
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
67 - Assinatura do Contratado				



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	107 0	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 raio 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 médico que atendeu solicitou retorno dia 19/02 as 08h para um possível procedimento cirúrgico. Diante desta situação a Clínica adventista foi acionada e o Sr. Jader responsável, tomou as providências junto a administração do HPP, a fim de dar prosseguimento no atendimento INTEGRAL da Aluna, através desta guia. Caro atendente, qualquer dúvida favor entrar em contato com Karen ou Jader da Clínica adventista.

Assinatura:

CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina

Cleber 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 - Bigorrião - 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: <u>Luanna Karoline Roscio Ribeiro</u>				
ESTIPULANTE:		APÓLICE N.º		
ENDEREÇO:		CIDADE: <u>Curitiba</u>		UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>15/02/2019</u>	HORAS: <u>15h</u>	LOCAL ONDE OCORREU: <u>Col Adventista</u>	MUNICÍPIO: <u>Curitiba</u>	
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS <u>Fratura dedo mão direita</u> <u>fez cirurgia dia 15/02/2019.</u>				
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS): <u>Professor - Col. Adventista Roscio / Alunos</u>				
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):				
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <u>15/02/2019</u>				
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <u>Leonardo Wlustro</u>				
HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?				
QUAL ? <u>não</u>				
CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS <u>não</u>				
OBSERVAÇÕES:				
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS				
<u>Curitiba</u> LOCAL		<u>09/08/2019</u> DATA		<u>Roscio</u> ASSINATURA DO SEGURADO

Dr. Alencar Kenji Nagai
CRM 16554



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

2 - Nº Guia no Prestador 2753785000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 02/04/2019		10 - Nome VITORIA RUEDA CRUZ					
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2375897		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
13 - Código na Operadora 76591569000130											
15 - Nome do Profissional Solicitante LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 41698		18 - UF 41		19 - Código CBO 225230		20 - Assinatura do Profissional Solicitante CRANE E FALQUETO 15/04/2019 15563	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados											
21 - Caracter. Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 02/04/2019		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									
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 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição			
										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- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /			
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		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: 02/04/2019 12:27:36		Conta/Lote: 1462023		Atendimento: 2753785		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1462023	
		1 / 1									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória Rueda Cruz



Nº da guia: 779

Nº da carteirinha: 2.37.5897

Data Nascimento: 26/06/2006

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2019	08:30:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Costas

Descrição
Aluna caiu em sala próximo das 08:30, e bateu com as costelas na cadeira. Devido a dor contínua foi chamado ambulância.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Simone	(41) 3226-3636
Professora Simone	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenadora Tania	02/04/2019

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 avisados, porém não podem vir até o Colégio. Foi chamado a ambulância e a coordenadora Tânia acompanhará a aluna até o hospital Pequeno príncipe para avaliação médica.

Assinatura:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
CAC
Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85

Centenário - CEP: 82.960-200

Curitiba - PR

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

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

Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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 Centenário - EIEFM
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **06/09/2018**

Nome: **Vitória Rueda Cruz (5897)**

Curso: **8º ano - Ensino Fundamental**

Turma: **82**

Sexo: **F** Data Nascimento: **26/06/2006**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Curitiba**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Cap. Leonidas Marques , 1083**

Complemento:

Bairro: **Uberaba**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR** CEP: **81540-470**

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade:

Cert. Nascimento UF:

Identidade: **12718185-3**

O.Exp: **SESP** UF: **PR**

Data: **08/01/2009**

CPF:

INEP **121863641580**

E-Mail: **0909viih@gmail.com**

Cor/ Raça:

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Residencial: **41 32066331** | Celular: **41999722700** | Celular: **41999723555** |

Carteirinha Bloqueada? **Sim**

Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Saída liberada**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **017050279-11** Nome: **Antonio Carlos Junior Cruz**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **27/09/1972** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **4636094-0**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **02/09/1997**

Grau de Instrução: **Pós Graduação**

Endereço: **Rua Cap. Leonidas Marques , 1083**

Complemento:

Bairro: **Uberaba**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81540-470**

Cx. Postal: E-Mail: **aescruz@terra.com.br**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **41 32066331** | Celular: **41999722700** |

Dados da Mãe

CPF: **830456199-91** Nome: **Simone Klockner Rueda Cruz**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **26/03/1973** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **51213239-83**

O. Exp: **SSP**

UF: **RS**

Data Emissão: **25/01/2012**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Cap. Leonidas Marques , 1083**

Complemento:

Bairro: **Uberaba**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81540-470**

Cx. Postal: E-Mail: **simoneruedacruz@hotmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **41 32066331** | Celular: **41999723555** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **830456199-91** Nome: **Simone Klockner Rueda Cruz**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **26/03/1973** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **51213239-83**

O. Exp: **SSP**

UF: **RS**

Data Emissão: **25/01/2012**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua Cap. Leonidas Marques , 1083**

Complemento:

Bairro: **Uberaba**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81540-470**

Cx. Postal: E-Mail: **simoneruedacruz@hotmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **41 32066331** | Celular: **41999723555** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **017050279-11** Nome: **Antonio Carlos Junior Cruz**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **27/09/1972** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **4636094-0**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **02/09/1997**

Grau de Instrução: **Pós Graduação**

Endereço: **Rua Cap. Leonidas Marques , 1083**

Complemento:

Bairro: **Uberaba**

Cidade: **Curitiba**

UF: **PR**

CEP: **81540-470**

Cx. Postal: E-Mail: **aescruz@terra.com.br**

Religião: **Católica**

Telefones: Residencial: **41 32066331** | Celular: **41999722700** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Elisa Mara de Castilho
Administrador Escolar - Ato nº Ato 01/2019

Gressiely Moreira Celestino
Secretário(a) - Ato nº Ato 1.116.609/2016

Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 2761751000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2761751000000	
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 2325046		9 - Validade da Carteira 30/12/2019	
10 - Nome MAITE FAGUNDES		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 LUIZ MULLER AVILA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 29757		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 08/04/2019	
23 - Tipo de Atendimento 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		24 - Tabela 25 - Descrição	
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qt. Solic. 1.0	
28 - Qt. Autoriz.		29 - Valor Unitário 100.00	
30 - Valor Total 100.00		31 - Código CNES 15563	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado LUIZ MULLER AVILA	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/04/2019 16:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 -	
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\$) 100.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maitê Fagundes

Nº da guia: 792

Nº da carteirinha: 2.32.5046

Data Nascimento: 11/05/2011

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2019	15:20:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Correndo em atividades na aula de educação física, bateu o dedo em outro aluno deslocando-o mais do normal,,

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Luan,,,	08/04/2019

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

Pai mesmo a levará ao especialista (hosp. Peq. Príncipe pelo colégio,,

Rhodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

08/04/2019

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

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



2 - N° Guia no Prestador 2774214000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha ATIVO		6 - Data Validade da Senha 17/04/2019		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17721		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 17/04/2019		8 - Número da Carteira 000000		9 - Validade da Carteira 17/04/2019		10 - Nome RODRIGO BARBOSA FERNANDES		13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante CICERO ALAOR KLUPPEL	
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 17/04/2019		23 - Indicação Clínica		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 11479		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
24 - Tabela 36-Data 04		25 - Código do Procedimento 37-Hora Inicial 38-Hora Final		26 - Descrição 39-Tabela		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		36-Data 04		37-Hora Inicial 38-Hora Final		39-Tabela		40-Procedimento 41-Descrição	
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\$) 0.00		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76		61 - Total Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Assinatura do Contratado		65 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		66 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		67 - Assinatura do Profissional		68 - Total Geral (R\$) 130.00	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Profissional		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Profissional		75 - Assinatura do Contratado	
76 - Assinatura do Profissional		77 - Assinatura do Contratado		78 - Assinatura do Profissional		79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Profissional		81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Profissional	
83 - Assinatura do Contratado		84 - Assinatura do Profissional		85 - Assinatura do Contratado		86 - Assinatura do Profissional		87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Profissional		89 - Assinatura do Contratado	
90 - Assinatura do Profissional		91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Profissional		93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Profissional		95 - Assinatura do Contratado		96 - Assinatura do Profissional	
97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Profissional		99 - Assinatura do Contratado		100 - Assinatura do Profissional		101 - Assinatura do Contratado		102 - Assinatura do Profissional		103 - Assinatura do Contratado	
104 - Assinatura do Profissional		105 - Assinatura do Contratado		106 - Assinatura do Profissional		107 - Assinatura do Contratado		108 - Assinatura do Profissional		109 - Assinatura do Contratado		110 - Assinatura do Profissional	
111 - Assinatura do Contratado		112 - Assinatura do Profissional		113 - Assinatura do Contratado		114 - Assinatura do Profissional		115 - Assinatura do Contratado		116 - Assinatura do Profissional		117 - Assinatura do Contratado	
118 - Assinatura do Profissional		119 - Assinatura do Contratado		120 - Assinatura do Profissional		121 - Assinatura do Contratado		122 - Assinatura do Profissional		123 - Assinatura do Contratado		124 - Assinatura do Profissional	
125 - Assinatura do Contratado		126 - Assinatura do Profissional		127 - Assinatura do Contratado		128 - Assinatura do Profissional		129 - Assinatura do Contratado		130 - Assinatura do Profissional		131 - Assinatura do Contratado	
132 - Assinatura do Profissional		133 - Assinatura do Contratado		134 - Assinatura do Profissional		135 - Assinatura do Contratado		136 - Assinatura do Profissional		137 - Assinatura do Contratado		138 - Assinatura do Profissional	
139 - Assinatura do Contratado		140 - Assinatura do Profissional		141 - Assinatura do Contratado		142 - Assinatura do Profissional		143 - Assinatura do Contratado		144 - Assinatura do Profissional		145 - Assinatura do Contratado	
146 - Assinatura do Profissional		147 - Assinatura do Contratado		148 - Assinatura do Profissional		149 - Assinatura do Contratado		150 - Assinatura do Profissional		151 - Assinatura do Contratado		152 - Assinatura do Profissional	
153 - Assinatura do Contratado		154 - Assinatura do Profissional		155 - Assinatura do Contratado		156 - Assinatura do Profissional		157 - Assinatura do Contratado		158 - Assinatura do Profissional		159 - Assinatura do Contratado	
160 - Assinatura do Profissional		161 - Assinatura do Contratado		162 - Assinatura do Profissional		163 - Assinatura do Contratado		164 - Assinatura do Profissional		165 - Assinatura do Contratado		166 - Assinatura do Profissional	
167 - Assinatura do Contratado		168 - Assinatura do Profissional		169 - Assinatura do Contratado		170 - Assinatura do Profissional		171 - Assinatura do Contratado		172 - Assinatura do Profissional		173 - Assinatura do Contratado	
174 - Assinatura do Profissional		175 - Assinatura do Contratado		176 - Assinatura do Profissional		177 - Assinatura do Contratado		178 - Assinatura do Profissional		179 - Assinatura do Contratado		180 - Assinatura do Profissional	
181 - Assinatura do Contratado		182 - Assinatura do Profissional		183 - Assinatura do Contratado		184 - Assinatura do Profissional		185 - Assinatura do Contratado		186 - Assinatura do Profissional		187 - Assinatura do Contratado	
188 - Assinatura do Profissional		189 - Assinatura do Contratado		190 - Assinatura do Profissional		191 - Assinatura do Contratado		192 - Assinatura do Profissional		193 - Assinatura do Contratado		194 - Assinatura do Profissional	
195 - Assinatura do Contratado		196 - Assinatura do Profissional		197 - Assinatura do Contratado		198 - Assinatura do Profissional		199 - Assinatura do Contratado		200 - Assinatura do Profissional		201 - Assinatura do Contratado	
202 - Assinatura do Profissional		203 - Assinatura do Contratado		204 - Assinatura do Profissional		205 - Assinatura do Contratado		206 - Assinatura do Profissional		207 - Assinatura do Contratado		208 - Assinatura do Profissional	
209 - Assinatura do Contratado		210 - Assinatura do Profissional		211 - Assinatura do Contratado		212 - Assinatura do Profissional		213 - Assinatura do Contratado		214 - Assinatura do Profissional		215 - Assinatura do Contratado	
216 - Assinatura do Profissional		217 - Assinatura do Contratado		218 - Assinatura do Profissional		219 - Assinatura do Contratado		220 - Assinatura do Profissional		221 - Assinatura do Contratado		222 - Assinatura do Profissional	
223 - Assinatura do Contratado		224 - Assinatura do Profissional		225 - Assinatura do Contratado		226 - Assinatura do Profissional		227 - Assinatura do Contratado		228 - Assinatura do Profissional		229 - Assinatura do Contratado	

Dr. Cicero

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rodrigo Barbosa Fernandes

Nº da guia: 818

Nº da carteirinha: 3.7.6057

Data Nascimento: 19/11/2008

Escola: Colégio Adventista Boqueirão -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2019	17:40:00	Sala de Aula	Laboratório de Ciências

O que aconteceu	Partes do corpo
Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)	Olho Direito

Descrição
O aluno estava em atividade na aula de ciências no laboratório e acabou espirrando nos olhos

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

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno estava em atividade na aula de ciências no laboratório e acabou espirrando nos olhos

Assinatura:

Cristiano Alexandre Rank
Diretor Adj. 156/18

Cristiano Alexandre 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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2774315000000		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 377289	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome AYLA BARBOSA LEAL	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 LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/04/2019	
23 - Tipo de Atendimento 04	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado LUIZ MULLER AVILA	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 17/04/2019	37 - Hr. Inicial 21:08	38 - Hr. Final 21:08	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 130,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ayla Barbosa Leal



Nº da guia: 815

Nº da carteirinha: 3.7.7289

Data Nascimento: 12/06/2009

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2019	17:06:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Material de Educação Física caiu no braço	Antebraço Esquerdo

Descrição
Estava em aula de Educ. física e material de borracha usado para aula caiu no antebraço próximo do pulso.

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

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 foi atendida com gelo, não quis passar pomada e nem colocar faixa e a dor permanece com inchaço no local afetado.

Assinatura: 
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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2781039000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Data Validade da Senha		9 - Nome		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
2324600		30/12/2019		GABRIEL VEIGA ZITTLAU		842		898002358766218		N	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		CHRISTIANO MENDEZ RIBEIRO		6		16804		41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
225124				2		23/04/2019		500.9		25 - Código do Procedimento	
										26 - Descrição	
										27 - Or. Solic.	
										28 - Ql. Autoriz.	
										29 - Código CNES	
										15563	
										30 - Nome do Contratado	
										ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
										31 - Nome do Contratado	
										ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
										32 - Tipo 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 - 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	
										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	

19150 hr - 1010/038 consulte em P.S. 30% 130,00

segue que anexa número 842.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Veiga Zittlau



Nº da guia: 842

Nº da carteirinha: 2.32.4600

Data Nascimento: 06/11/2006

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/04/2019	17:45:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Aluno bateu o nariz na carteira escolar!	Rosto

Descrição
Aluno bateu o nariz e sente dor no local!

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rogério	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	23/04/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Eu liguei para a mãe informando a situação e mãe vem buscá-lo para levar ao hospital!

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

Fabiano Santos
Gerente Financeiro
CAAB

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

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

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

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 27559060000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira 03/04/2019	10 - Nome MARIA CLARA BARCHIK DOS SANTOS	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULA RUBIO VILAR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 34755	18 - UF 41	19 - Código CBO 225230	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Paula Vilar CRM-PR 34.755

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 03/04/2019	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 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) 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
-----------	-----------------------------------	-------------	-------------------	----------------

10101039 - EM PRONTO SOCORRO

30%.

130,00

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

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\$) 130.00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Paula Vilar MEDICA CRM-PR 34.755	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Sdangela P. Barchik dos Santos	68 - Assinatura do Contratado
--	--	------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------	---	--	-------------------------------

ACESSOPRD Data/Hora: 03/04/2019 20:46:36

Conta/Lote: 1463129

Atendimento: 2755906

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 / 1



1463129

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Clara Barchik dos Santos

Nº da guia: 908

Nº da carteirinha: 3.34.1751

Data Nascimento: 18/06/2012

Escola: Escola Adventista Santa Efigênia-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2019	11:00:00	Sala de Aula	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna caiu da cadeira em sala de aula batendo a boca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Andreia.	(41) 00

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edna Marli Ferreira Franco Machado	03/04/2019

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

Assinatura: _____

Edna Marli Ferreira Franco 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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