



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

RPS nº. 346479, Série: U, emitido em 10/05/2019, conversão em 10/05/2019

Número da Nota

345217

Data e Hora de Emissão

10/05/2019 00:00:00

Código de Verificação

4Y2VJ303

PRESTADOR DE SERVIÇOS
Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030
Município: CURITIBA

Inscrição Municipal: 04 03 0035943-2

Tel.: 41 - 33101010

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

Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070

Município: Curitiba

Outro Doc.:

UF: PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviço Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 763,91

10 MAIO 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$763,91

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	763,91	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 isentos do ISS.

Entrega: 10/05/2019



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2745156000	6 - Data de Validade da Senha 2745156000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 26/03/2019	5 - Senha 2745156000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2745156000	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278445	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ADRYAN LUCCA MANCILIA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR			
16 - Conselho Profissional 6			
17 - Número no Conselho 16725			
18 - UF 41			
19 - Código CBO 225124			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 26/03/2019			
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		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/03/2019 12:06 12:06 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.72 42.72			
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\$) 42.72			
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 Médicinas (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 42.72			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



1 - Registro ANS 0000000		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 26/03/2019		5 - Senha 2745156		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome ADRYAN LUCCA MANCILIA		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
8 - Número da Carteira 278445		10 - Nome ADRYAN LUCCA MANCILIA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 16725		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
13 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 26/03/2019		23 - Indicação Clínica	
25 - Código do Procedimento 26		26 - Descrição 24 - Tabela		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 15563	
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		32 - Tipo Atendimento 05		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/03/2019 12:06 12:06 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.72 42.72		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
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\$) 42.72		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\$) 42.72		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		101 - Assinatura do Profissional		102 - Assinatura do Profissional		103 - Assinatura do Profissional	
104 - Assinatura do Profissional		105 - Assinatura do Profissional		106 - Assinatura do Profissional		107 - Assinatura do Profissional		108 - Assinatura do Profissional		109 - Assinatura do Profissional	
110 - Assinatura do Profissional		111 - Assinatura do Profissional		112 - Assinatura do Profissional		113 - Assinatura do Profissional		114 - Assinatura do Profissional		115 - Assinatura do Profissional	
116 - Assinatura do Profissional		117 - Assinatura do Profissional		118 - Assinatura do Profissional		119 - Assinatura do Profissional		120 - Assinatura do Profissional		121 - Assinatura do Profissional	
122 - Assinatura do Profissional		123 - Assinatura do Profissional		124 - Assinatura do Profissional		125 - Assinatura do Profissional		126 - Assinatura do Profissional		127 - Assinatura do Profissional	
128 - Assinatura do Profissional		129 - Assinatura do Profissional		130 - Assinatura do Profissional		131 - Assinatura do Profissional		132 - Assinatura do Profissional		133 - Assinatura do Profissional	
134 - Assinatura do Profissional		135 - Assinatura do Profissional		136 - Assinatura do Profissional		137 - Assinatura do Profissional		138 - Assinatura do Profissional		139 - Assinatura do Profissional	
140 - Assinatura do Profissional		141 - Assinatura do Profissional		142 - Assinatura do Profissional		143 - Assinatura do Profissional		144 - Assinatura do Profissional		145 - Assinatura do Profissional	
146 - Assinatura do Profissional		147 - Assinatura do Profissional		148 - Assinatura do Profissional		149 - Assinatura do Profissional		150 - Assinatura do Profissional		151 - Assinatura do Profissional	
152 - Assinatura do Profissional		153 - Assinatura do Profissional		154 - Assinatura do Profissional		155 - Assinatura do Profissional		156 - Assinatura do Profissional		157 - Assinatura do Profissional	
158 - Assinatura do Profissional		159 - Assinatura do Profissional		160 - Assinatura do Profissional		161 - Assinatura do Profissional		162 - Assinatura do Profissional		163 - Assinatura do Profissional	
164 - Assinatura do Profissional		165 - Assinatura do Profissional		166 - Assinatura do Profissional		167 - Assinatura do Profissional		168 - Assinatura do Profissional		169 - Assinatura do Profissional	
170 - Assinatura do Profissional		171 - Assinatura do Profissional		172 - Assinatura do Profissional		173 - Assinatura do Profissional		174 - Assinatura do Profissional		175 - Assinatura do Profissional	
176 - Assinatura do Profissional		177 - Assinatura do Profissional		178 - Assinatura do Profissional		179 - Assinatura do Profissional		180 - Assinatura do Profissional		181 - Assinatura do Profissional	
182 - Assinatura do Profissional		183 - Assinatura do Profissional		184 - Assinatura do Profissional		185 - Assinatura do Profissional		186 - Assinatura do Profissional		187 - Assinatura do Profissional	
188 - Assinatura do Profissional		189 - Assinatura do Profissional		190 - Assinatura do Profissional		191 - Assinatura do Profissional		192 - Assinatura do Profissional		193 - Assinatura do Profissional	
194 - Assinatura do Profissional		195 - Assinatura do Profissional		196 - Assinatura do Profissional		197 - Assinatura do Profissional		198 - Assinatura do Profissional		199 - Assinatura do Profissional	
200 - Assinatura do Profissional		201 - Assinatura do Profissional		202 - Assinatura do Profissional		203 - Assinatura do Profissional		204 - Assinatura do Profissional		205 - Assinatura do Profissional	
206 - Assinatura do Profissional		207 - Assinatura do Profissional		208 - Assinatura do Profissional		209 - Assinatura do Profissional		210 - Assinatura do Profissional		211 - Assinatura do Profissional	
212 - Assinatura do Profissional		213 - Assinatura do Profissional		214 - Assinatura do Profissional		215 - Assinatura do Profissional		216 - Assinatura do Profissional		217 - Assinatura do Profissional	
218 - Assinatura do Profissional		219 - Assinatura do Profissional		220 - Assinatura do Profissional		221 - Assinatura do Profissional		222 - Assinatura do Profissional		223 - Assinatura do Profissional	
224 - Assinatura do Profissional		225 - Assinatura do Profissional		226 - Assinatura do Profissional		227 - Assinatura do Profissional		228 - Assinatura do Profissional		229 - Assinatura do Profissional	
230 - Assinatura											

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira											
Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		15 - Código CHES		16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional	
16 - Nome do Profissional Solicitante								18 - Número no Conselho		19 - UF	
20 - Código CBO S											
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		25 - Tipo de Solic.	
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição							
1 -				Rx ombro E							
2 -		40803058									
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante		30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - TL		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município	
37 - UF								38 - Cód. IBGE		39 - CEP	
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar				41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF	
45a - Código CBO S								45 - Código CBO S		46a - Grau de Participação	
46 - Tipo de Atendimento		47 - Tipo de Doença		48 - Tipo de Doença		49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença		51 - Data	
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição	
57 - Data											
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
62 - Valor Total - R\$		63 - Valor Total - R\$		64 - Valor Total - R\$		65 - Valor Total - R\$		66 - Valor Total - R\$		67 - Valor Total - R\$	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
68 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		69 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		70 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		71 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		72 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		73 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
64 - Observação		65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
70 - Data e Assinatura do Solicitante		71 - Data e Assinatura do Solicitante		72 - Data e Assinatura do Solicitante		73 - Data e Assinatura do Solicitante		74 - Data e Assinatura do Solicitante		75 - Data e Assinatura do Solicitante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
76 - Data e Assinatura do Prestador Executante		77 - Data e Assinatura do Prestador Executante		78 - Data e Assinatura do Prestador Executante		79 - Data e Assinatura do Prestador Executante		80 - Data e Assinatura do Prestador Executante		81 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
82 - Data e Assinatura do Prestador Executante		83 - Data e Assinatura do Prestador Executante		84 - Data e Assinatura do Prestador Executante		85 - Data e Assinatura do Prestador Executante		86 - Data e Assinatura do Prestador Executante		87 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
88 - Data e Assinatura do Prestador Executante		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante		90 - Data e Assinatura do Prestador Executante		91 - Data e Assinatura do Prestador Executante		92 - Data e Assinatura do Prestador Executante		93 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
94 - Data e Assinatura do Prestador Executante		95 - Data e Assinatura do Prestador Executante		96 - Data e Assinatura do Prestador Executante		97 - Data e Assinatura do Prestador Executante		98 - Data e Assinatura do Prestador Executante		99 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
100 - Data e Assinatura do Prestador Executante		101 - Data e Assinatura do Prestador Executante		102 - Data e Assinatura do Prestador Executante		103 - Data e Assinatura do Prestador Executante		104 - Data e Assinatura do Prestador Executante		105 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
106 - Data e Assinatura do Prestador Executante		107 - Data e Assinatura do Prestador Executante		108 - Data e Assinatura do Prestador Executante		109 - Data e Assinatura do Prestador Executante		110 - Data e Assinatura do Prestador Executante		111 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
112 - Data e Assinatura do Prestador Executante		113 - Data e Assinatura do Prestador Executante		114 - Data e Assinatura do Prestador Executante		115 - Data e Assinatura do Prestador Executante		116 - Data e Assinatura do Prestador Executante		117 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
118 - Data e Assinatura do Prestador Executante		119 - Data e Assinatura do Prestador Executante		120 - Data e Assinatura do Prestador Executante		121 - Data e Assinatura do Prestador Executante		122 - Data e Assinatura do Prestador Executante		123 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
124 - Data e Assinatura do Prestador Executante		125 - Data e Assinatura do Prestador Executante		126 - Data e Assinatura do Prestador Executante		127 - Data e Assinatura do Prestador Executante		128 - Data e Assinatura do Prestador Executante		129 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
130 - Data e Assinatura do Prestador Executante		131 - Data e Assinatura do Prestador Executante		132 - Data e Assinatura do Prestador Executante		133 - Data e Assinatura do Prestador Executante		134 - Data e Assinatura do Prestador Executante		135 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
136 - Data e Assinatura do Prestador Executante		137 - Data e Assinatura do Prestador Executante		138 - Data e Assinatura do Prestador Executante		139 - Data e Assinatura do Prestador Executante		140 - Data e Assinatura do Prestador Executante		141 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
142 - Data e Assinatura do Prestador Executante		143 - Data e Assinatura do Prestador Executante		144 - Data e Assinatura do Prestador Executante		145 - Data e Assinatura do Prestador Executante		146 - Data e Assinatura do Prestador Executante		147 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
148 - Data e Assinatura do Prestador Executante		149 - Data e Assinatura do Prestador Executante		150 - Data e Assinatura do Prestador Executante		151 - Data e Assinatura do Prestador Executante		152 - Data e Assinatura do Prestador Executante		153 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -				</							

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 479630	Pedido: 839281	
Paciente: ADRYAN LUCCA MANCILIA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR	Data Pedido: 26/03/2019 12:06:00	
	Data Laudo: 28/03/2019 14:24:49	

RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura de clavícula com formação de calo ósseo.

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: Adryan Lucca Dias Mancilia

Nº da guia: 756

Nº da carteirinha: 2.78.445

Data Nascimento: 07/04/2015

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2019	17:41:00	Quadra	Deslocamento interno

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

Descrição
o aluno se chocou com o colega e fraturou a clavícula e faz uso da tipoia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erik	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	25/03/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
no momento o aluno precisa fazer o acompanhamento pra saber se pode tirar a tipoia.

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

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

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27882600000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 29/04/2019		5 - Senha 2788260000		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 2334610		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO			
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		21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/04/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.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		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 29/04/2019 13:58 22 40803104		39 - Tabela 40-Procedimento 41-Descrição RX - ANTEBRACO		42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 39.79 39.79			
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\$) 39.79		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\$) 39.79		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado					

2400260 0527/41.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 29/04/2019	5 - Senha 2788260	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2334610	9 - Validade da Carteira 30/12/2019			
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 LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/04/2019	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 05	33 - Indicação de Acidente (epidante 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 29/04/2019 13:58 13:58 22 40803104	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ANTEBRACO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79		
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79	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 Médicamentos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 39.79	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				



Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 852714
Paciente: ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 29/04/2019 13:58:00
Data Laudo: 29/04/2019 14:48:09

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura dos ossos do antebraço.

Exame de controle evolutivo.

*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.



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISIÇÃO DE EXAME

Rx SEM 43150

Dr. Luiz Müller Avila
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 29.757

JOB N.º 036.08

Nome Alex Gabriel Januario ☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA N.º Registro _____
Idade _____ Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS
Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) RADIO - X ANTEBRAÇO ESQUERDO AP+P
2) _____
3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste lodado
Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____
Resumo Clínico _____

Fratura Antebraço

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. _____ Ctb, _____ de _____ de _____ Médico - CRM

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alex Gabriel Vieira Januário

Nº da guia: 854

Nº da carteirinha: 2.33.4610

Data Nascimento: 30/03/2005

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2019	07:39:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
O aluno estava no recreio brincando e caiu sozinho quebrando o antebraço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisie Lobo	29/04/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Contato com os responsáveis.

Assinatura:

Joisie Lobo
Joisie Lobo

Alex Gabriel Vieira Januário

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

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

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

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2743963000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2743963000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 25/03/2019	5 - Senha 2743963000	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 0000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
21 - Tipo Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/03/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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)
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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/03/2019 16:01 16:01 22 40803104 RX - ANTEBRACO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.64 39.64	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\$) 39.64	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\$) 39.64	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	5 - Senha 2743963	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2743963	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 25/03/2019	6 - Data de Validade da Senha	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	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 LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	31 - Código CNES 15563
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/03/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. 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	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 25/03/2019 16:01 22 40803104	39 - Tabela 40 - Procedimento RX - ANTEBRACO	41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 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\$) 39.64	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\$) 39.64
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 25/03/19 Luiz Muller Avila				
68 - Assinatura do Contratado				



Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 838937

Paciente: **ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 25/03/2019 16:01:00

Data Laudo: 25/03/2019 16:44:02

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura dos ossos do antebraço.

Exame de controle evolutivo sob imobilização com aparelho gessado.

*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.



REQUISIÇÃO DE EXAME

JOB N.º 036.08

☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Alex Gabriel V. Januario Nº Registro _____

Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☒ Convênio ☐ SUS

Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) Rx antebraço (E) aptp

2) _____

3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste lodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico ps fratura

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, 25 de março de 2019

Dr. Luiz Müller Avila
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PR 29757
Médico - CRM

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alex Gabriel Vieira Januário

Nº da guia: 747

Nº da carteirinha: 2.33.4610

Data Nascimento: 30/03/2005

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2019	14:35:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Denis Monitor	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisie Lobo	25/03/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

Assinatura:


Joisse Lobo

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

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

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

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

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2752567000	
4 - Data de Autorização 01/04/2019		5 - Senha 2752567000		6 - Data de Validade da Senha 2752567000	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	
8 - Número da Carteira 2334610		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
13 - Código da Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA		17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 01/04/2019		23 - Indicação Clínica	
21 - Caráter do Atendimento 1		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 01/04/2019 14:47 22 40803104 RX - ANTEERACO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79		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\$) 39.79	
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 Médicinas (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 39.79	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2752567000000

Folha: 1 / 1

2452567 841689.

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2752567	
4 - Data de Autorização 01/04/2019		5 - Senha 2752567		6 - Data de Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 2334610		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
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	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/04/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. 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 (evento ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 01/04/2019 14:47 22 40803104		39 - Valor Unitário 40 - Valor Total 1.0 39.64	
41 - Descrição RX - ANTEBRACO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 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 - / /		3 - / /		5 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /		9 - / /	
10 - / /		11 - / /		12 - / /	
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.64		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\$) 39.64		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 841689
Paciente: ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 01/04/2019 14:47:00
Data Laudo: 02/04/2019 11:11:18

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura dos ossos do antebraço.

Exame de controle evolutivo sob imobilização com aparelho gessado.

*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.



REQUISIÇÃO DE EXAME

☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Alex Gabriel Januario Nº Registro _____

Idade _____ Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS

Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) RADIO-X ANTEBRAÇO ESQUERDO A + P
2) _____
3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

FRATURA ANTEBRAÇO

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 _____

Dr. Luiz Müller Avila
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PR 29.757

Médico - CRM

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alex Gabriel Vieira Januário

Nº da guia: 773

Nº da carteirinha: 2.33.4610

Data Nascimento: 30/03/2005

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/04/2019	10:10:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
O aluno estava no recreio brincando no pimbolim e caiu sozinho quebrando o antebraço, está torto e doi muito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Denis Monitor	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse Lobo	01/04/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Retorno.

Assinatura:

Joisse Almeida Lobo
Joisse Lobo

Luiz Carlos Januário

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

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

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

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2760834000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/04/2019		5 - Senha 2760834000	
6 - Número da Carteira 00000000000000000000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2760834000	
8 - Validade da Carteira 31/12/2019		9 - Nome do Contratado ALICE DE ANDRADE	
10 - Nome do Contratado ALICE DE ANDRADE		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Código da Operadora 76591569000130		13 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		15 - Conselho Profissional 6	
16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 26551	
18 - UF 41		19 - Código CEO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação 08/04/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 08/04/2019	
26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.	
29 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		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 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 06/04/2019 09:04 22 40803112 RX - PUNHO	
42 - Qlde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 40.62 40.62		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\$) 40.62		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\$) 40.62		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



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 27608340000000

Folha: 1 / 1

2760834 844284

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2760834	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2760834	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/04/2019	5 - Senha 2760834	10 - Nome ALICE DE ANDRADE	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	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			
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/04/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
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 ONES 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 08/04/2019 09:04 09:04 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 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(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 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				

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

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	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
8 - Número da Carteira	13 - Nome do Contratado	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES			
Dados do Atendimento					
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
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
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
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
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\$)
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
3 -	3 -	3 -	3 -	3 -	3 -
4 -	4 -	4 -	4 -	4 -	4 -
5 -	5 -	5 -	5 -	5 -	5 -
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

Operadora: pediatria
TEC: 132712
CRM: 266553

Rx pulso 10 AP-IP

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	269405	Pedido:	844284		
Paciente:	ALICE DE ANDRADE				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO			Data Pedido:	08/04/2019 09:04:00
				Data Laudo:	08/04/2019 14:21:04

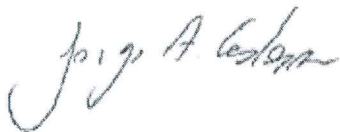
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Controle com imobilização gessada

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

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 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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

Alice de Andrade

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

R: Avenida Baptistin Buleto 632

SJP

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

HORAS:

LOCAL ONDE OCORREU:

MUNICÍPIO:

14/03/2019

16:00h

na escola

SJP

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

A Alice estava fazendo aula de Educação Física e caiu em cima do braço direito.

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

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

Professora de Educação Física

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

Os pais

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

João Baptista M. Abdo

HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE?

QUAL?

não

CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS

não

OBSERVAÇÕES:

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

Ami Hba
08/04/2019

LOCAL

08/04/2019

DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 18/04/2019	5 - Senha 2775293000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2775293000	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 7229	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ANDRESSA GABRIELLY DE OLIVEIRA DA SILVA	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 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38417	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/04/2019	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		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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 18/04/2019 13:14 22 40804054 RX - JOELHO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79			
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 -	9 -
2 -	4 -	6 -	10 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79 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\$) 39.79			
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 27752930000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2775293	
4 - Data de Autorização 18/04/2019		5 - Senha 2775293		6 - Data de Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 7229		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome ANDRESSA GABRIELLY DE OLIVEIRA DA SILVA	
11 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		12 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
14 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		15 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		16 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
17 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		18 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		19 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
20 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		21 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		22 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
23 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		24 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		25 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
26 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		27 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		28 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
29 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		30 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		31 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
32 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		33 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		34 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
35 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		36 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		37 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
38 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		39 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		40 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
41 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		42 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		43 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
44 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		45 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		46 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
47 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		48 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		49 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
50 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		51 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		52 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
53 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		54 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		55 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
56 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		57 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		58 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
59 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		60 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		61 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
62 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		63 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		64 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
65 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		66 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		67 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
68 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		69 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		70 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
71 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		72 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		73 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
74 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		75 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		76 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
77 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		78 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		79 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
80 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		81 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		82 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
83 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		84 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		85 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
86 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		87 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		88 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
89 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		90 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		91 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
92 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		93 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		94 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
95 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		96 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		97 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	
98 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		99 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		100 - Nome do Contratado HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	

Admissão

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 - Nome do Beneficiário

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 - 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 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red. A. Cresc.

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 - 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

DIAGNÓSTICO E TERAPIA
18/04/2009 14:28
CER

Rx Joelho Esquerdo AP+P

Andressa Schmely de Oliveira do Silva

18/04/2009
Andressa Schmely de Oliveira

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	369251	Pedido:	848736		
Paciente:	ANDRESSA GABRIELLY DE OLIVEIRA DA SILVA				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	HELOISA ZIMMERMANN FAGGION			Data Pedido:	18/04/2019 13:14:00
				Data Laudo:	18/04/2019 15:19:38

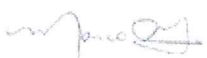
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

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: Andressa Gabrielly de Oliveira da Silva



Nº da guia: 921

Nº da carteirinha: 2.11.7229

Data Nascimento: 24/06/2013

Escola: Colégio Curitibano 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	1070	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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

Impresso por: Juliano Cruz

1 de 1

21/05/2019 15:27



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Ancheza Gabrielly de Oliveira da Silva</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>7229</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro</i>		TELEFONE: <i>3225-1920</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Luperon 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:

*Bateu o joelho esquerdo na catraca e
caiu em cima do equipamento (catraca).*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Profª Bruna*

TELEFONE: *3225-1920*

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Profª Bruna

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

18/04/2019 Luperon Ferreira da Costa

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2764913000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2764913000		6 - Data de Validade da Senha 2764913000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2764913000		12 - Atendimento a RN N													
4 - Data de Autorização 10/04/2019		5 - Senha 2764913000		6 - Data de Validade da Senha 2764913000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2764913000		12 - Atendimento a RN N													
8 - Número da Carteira ADVENTISTA		9 - Validade da Carteira 10/04/2019		10 - Nome ARTHUR GONCALVES DE ANDRADE		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N													
13 - Código da Operadora 765915690000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 10589		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/04/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		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							
29 - Código na Operadora 765915690000130		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 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.87 40.87		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					
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data 57 - Hr. Inicial 58 - Hr. Final 59 - Tabela 60 - Procedimento 61 - Descrição 1 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data 57 - Hr. Inicial 58 - Hr. Final 59 - Tabela 60 - Procedimento 61 - Descrição 1 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data 57 - Hr. Inicial 58 - Hr. Final 59 - Tabela 60 - Procedimento 61 - Descrição 1 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data 57 - Hr. Inicial 58 - Hr. Final 59 - Tabela 60 - Procedimento 61 - Descrição 1 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data 57 - Hr. Inicial 58 - Hr. Final 59 - Tabela 60 - Procedimento 61 - Descrição 1 10/04/2019 21:41 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS			
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.87		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\$) 40.87		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



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 2764913000000

Folha: 1 / 1

A 2764913 R. 845575

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 10/04/2019		5 - Senha 2764913		9 - Validade da Carteira 10/04/2019		10 - Nome ARTHUR GONCALVES DE ANDRADE				N	
8 - Número da Carteira ADVENTISTA		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 10589	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/04/2019		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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 10/04/2019 21:41 21:41		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.72 40.72							
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\$) 40.72		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\$) 40.72		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ARTHUR GONCALVES DE ANDRADE		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 367297		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH		16 - Conselho Profissional 6	
21 - Caracter Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/04/2019		23 - Indicação Clínica		17 - Número no Conselho 10589		18 - UF 41	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 408C1012		26 - Descrição RX - Crânio - 2 incidências		27 - Qtd. Solic. 1		28 - Qtd. Aut.	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 15563	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1 -		1		1		1		1	
2 -		1		1		1		1	
3 -		1		1		1		1	
4 -		1		1		1		1	
5 -		1		1		1		1	
6 -		1		1		1		1	
7 -		1		1		1		1	
8 -		1		1		1		1	
9 -		1		1		1		1	
10 -		1		1		1		1	
11 -		1		1		1		1	
12 -		1		1		1		1	
13 -		1		1		1		1	
14 -		1		1		1		1	
15 -		1		1		1		1	
16 -		1		1		1		1	
17 -		1		1		1		1	
18 -		1		1		1		1	
19 -		1		1		1		1	
20 -		1		1		1		1	
21 -		1		1		1		1	
22 -		1		1		1		1	
23 -		1		1		1		1	
24 -		1		1		1		1	
25 -		1		1		1		1	
26 -		1		1		1		1	
27 -		1		1		1		1	
28 -		1		1		1		1	
29 -		1		1		1		1	
30 -		1		1		1		1	
31 -		1		1		1		1	
32 -		1		1		1		1	
33 -		1		1		1		1	
34 -		1		1		1		1	
35 -		1		1		1		1	
36 -		1		1		1		1	
37 -		1		1		1		1	
38 -		1		1		1		1	
39 -		1		1		1		1	
40 -		1		1		1		1	
41 -		1		1		1		1	
42 -		1		1		1		1	
43 -		1		1		1		1	
44 -		1		1		1		1	
45 -		1		1		1		1	
46 -		1		1		1		1	
47 -		1		1		1		1	
48 -		1		1		1		1	
49 -		1		1		1		1	
50 -		1		1		1		1	
51 -		1		1		1		1	
52 -		1		1		1		1	
53 -		1		1		1		1	
54 -		1		1		1		1	
55 -		1		1		1		1	
56 -		1		1		1		1	
57 -		1		1		1		1	
58 -		1		1		1		1	
59 -		1		1		1		1	
60 -		1		1		1		1	
61 -		1		1		1		1	
62 -		1		1		1		1	
63 -		1		1		1		1	
64 -		1		1		1		1	
65 -		1		1		1		1	
66 -		1		1		1		1	
67 -		1		1		1		1	
68 -		1		1		1		1	
69 -		1		1		1		1	
70 -		1		1		1		1	
71 -		1		1		1		1	
72 -		1		1		1		1	
73 -		1		1		1		1	
74 -		1		1		1		1	
75 -		1		1		1		1	
76 -		1		1		1		1	
77 -		1		1		1		1	
78 -		1		1		1		1	
79 -		1		1		1		1	
80 -		1		1		1		1	
81 -		1		1		1		1	
82 -		1		1		1		1	
83 -		1		1		1		1	
84 -		1		1		1		1	
85 -		1		1		1		1	
86 -		1		1		1		1	
87 -		1		1		1		1	
88 -		1		1		1		1	
89 -		1		1		1		1	
90 -		1		1		1		1	
91 -		1		1		1		1	
92 -		1		1		1		1	
93 -		1		1		1		1	
94 -		1		1		1		1	
95 -		1		1		1		1	
96 -		1		1		1		1	
97 -		1		1		1		1	
98 -		1		1		1		1	
99 -		1		1		1		1	
100 -		1		1		1		1	

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

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela 40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref.
49 - Grau Part.
50 - Nome do Profissional
51 - Nome do Profissional
52 - Cons 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 (RS)
60 - Total Taxas e Auspícios (RS)
61 - Total Materiais (RS)
62 - Total de OPMs (RS)
63 - Total de Medicamentos (RS)
64 - Total de Gases Medicinais (RS)
65 - Total Geral (RS)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 10/04/2019 21:36:11
Convenção: 2764855
Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Assinatura do Contratado



2764855

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	114299	Pedido:	845575		
Paciente:	ARTHUR GONCALVES DE ANDRADE				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH COELHO	Data Pedido:	10/04/2019 21:41:00		
		Data Laudo:	11/04/2019 12:13:46		

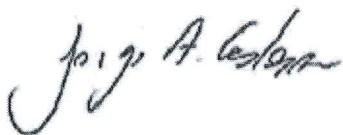
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

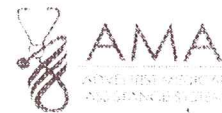
*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Gonçalves de Andrade



Nº da guia: 798

Nº da carteirinha: 3.6.7297

Data Nascimento: 11/01/2013

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2019	17:39:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo e se desequilibrou e caiu no chão batendo fortemente a cabeça no chão!

Testemunha da ocorrência

Ana

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Ana

Data

10/04/2019

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

Colocado gelo no local da batida. Tentamos contato com os responsáveis em todos os telefones que estavam no sistema da escola, mas ninguém atendeu. O aluno foi levado com a tia da condução, levando o encaminhamento para o hospital pequeno príncipe.

Assinatura:

Vlademir De Jesus Ferreira Machado

MARIA OFELIA FATUCH
CRM: PR 10.589

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		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2774321000	
4 - Data de Autorização 17/04/2019		5 - Senha 2774321000		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome AYLA BARBOSA LEAL	
8 - Número da Carteira 377289		11 - Número do Contrato 76591569000130		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 PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 38243	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/04/2019		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)	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		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 17/04/2019 21:18 22 40803112 RX - PUNHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.62 40.62			
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /		3 - / /		5 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /	
58 - Observação / Justificativa		7 - / /		9 - / /	
		8 - / /		10 - / /	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62		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\$) 40.62	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	





CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2774321000000

Folha: 1 / 1

2774321 848492.

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2774321	
4 - Data de Autorização 17/04/2019		5 - Senha 2774321		6 - Data de Validade da Senha 2774321	
8 - Número da Carteira 377289		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome AYLA BARBOSA LEAL	
11 - Nome do Contratado 76591569000130		12 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
14 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI		15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 38243		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Assinatura do Profissional Solicitante	
23 - Assinatura do Profissional Solicitante		24 - Assinatura do Profissional Solicitante		25 - Assinatura do Profissional Solicitante	
26 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Profissional Solicitante	
29 - Assinatura do Profissional Solicitante		30 - Assinatura do Profissional Solicitante		31 - Assinatura do Profissional Solicitante	
32 - Assinatura do Profissional Solicitante		33 - Assinatura do Profissional Solicitante		34 - Assinatura do Profissional Solicitante	
35 - Assinatura do Profissional Solicitante		36 - Assinatura do Profissional Solicitante		37 - Assinatura do Profissional Solicitante	
38 - Assinatura do Profissional Solicitante		39 - Assinatura do Profissional Solicitante		40 - Assinatura do Profissional Solicitante	
41 - Assinatura do Profissional Solicitante		42 - Assinatura do Profissional Solicitante		43 - Assinatura do Profissional Solicitante	
44 - Assinatura do Profissional Solicitante		45 - Assinatura do Profissional Solicitante		46 - Assinatura do Profissional Solicitante	
47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Profissional Solicitante		49 - Assinatura do Profissional Solicitante	
50 - Assinatura do Profissional Solicitante		51 - Assinatura do Profissional Solicitante		52 - Assinatura do Profissional Solicitante	
53 - Assinatura do Profissional Solicitante		54 - Assinatura do Profissional Solicitante		55 - Assinatura do Profissional Solicitante	
56 - Assinatura do Profissional Solicitante		57 - Assinatura do Profissional Solicitante		58 - Assinatura do Profissional Solicitante	
59 - Assinatura do Profissional Solicitante		60 - Assinatura do Profissional Solicitante		61 - Assinatura do Profissional Solicitante	
62 - Assinatura do Profissional Solicitante		63 - Assinatura do Profissional Solicitante		64 - Assinatura do Profissional Solicitante	
65 - Assinatura do Profissional Solicitante		66 - Assinatura do Profissional Solicitante		67 - Assinatura do Profissional Solicitante	
68 - Assinatura do Profissional Solicitante		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Solicitante	
71 - Assinatura do Profissional Solicitante		72 - Assinatura do Profissional Solicitante		73 - Assinatura do Profissional Solicitante	
74 - Assinatura do Profissional Solicitante		75 - Assinatura do Profissional Solicitante		76 - Assinatura do Profissional Solicitante	
77 - Assinatura do Profissional Solicitante		78 - Assinatura do Profissional Solicitante		79 - Assinatura do Profissional Solicitante	
80 - Assinatura do Profissional Solicitante		81 - Assinatura do Profissional Solicitante		82 - Assinatura do Profissional Solicitante	
83 - Assinatura do Profissional Solicitante		84 - Assinatura do Profissional Solicitante		85 - Assinatura do Profissional Solicitante	
86 - Assinatura do Profissional Solicitante		87 - Assinatura do Profissional Solicitante		88 - Assinatura do Profissional Solicitante	
89 - Assinatura do Profissional Solicitante		90 - Assinatura do Profissional Solicitante		91 - Assinatura do Profissional Solicitante	
92 - Assinatura do Profissional Solicitante		93 - Assinatura do Profissional Solicitante		94 - Assinatura do Profissional Solicitante	
95 - Assinatura do Profissional Solicitante		96 - Assinatura do Profissional Solicitante		97 - Assinatura do Profissional Solicitante	
98 - Assinatura do Profissional Solicitante		99 - Assinatura do Profissional Solicitante		100 - Assinatura do Profissional Solicitante	

68 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	487574	Pedido:	848492
Paciente:	AYLA BARBOSA LEAL		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	Data Pedido:	17/04/2019 21:18:00
		Data Laudo:	18/04/2019 11:56:34

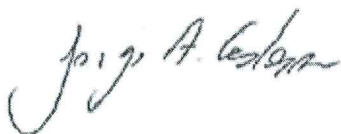
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Compatível com fratura no terço distal do radio

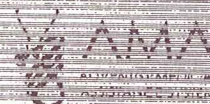
Relações articulares mantidas.

*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: Ayla Barbosa Leal

Nº da guia: 815

Nº da carteirinha: 3.7.7289

Data Nascimento: 12/06/2000

Escola: Colégio Adventista Boqueirão

EIEPM

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

O que aconteceu

Material de Educação Física caiu no braço

Partes do corpo

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

Prof. Daniele

Telefone

(41) 3051 3550

Jaala

(41) 3051 3550

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Cidade

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Moita

107

Água Verde,
Corumbá - PR

(41) 3316-1000

(41) 3316-1326

Observações

Aluna foi atendida com gelo, não quis passar pomada e nem curar ferida e a dor permaneceu com inchaço no local afetado.

Cristiano Alexandre Rank
Otorino, M.D., A.O. Otolaringologista

Assinatura:

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. (Continuar nos anexos)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.146.765/0001-73

Alameda Júlio de Costa, 1447 - Higienópolis - Curitiba - Paraná - 81.130-070

Fone (41) 3240-2021 e (41) 32519-0118

assistencia@clinicaadventista.org.br / curitiba@clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 2747179000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2747179000	6 - Data de Validade da Senha 27/03/2019	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2747179000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome CAIO MARTINS FAUSTINO	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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38421	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/03/2019	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 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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 27/03/2019 19:55 19:55 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 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			





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

2 - Nº Guia no Prestador 2747179000000

Folha: 1 / 1

A247179 8.839938

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2747179		6 - Data de Validade da Senha 2747179		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2747179		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N									
8 - Número da Carteira ADVENTISTA		9 - Validade da Carteira 27/03/2019		10 - Nome CAIO MARTINS FAUSTINO		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		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/03/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic.		28 - Qt.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		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
36 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 27/03/2019 19:55 19:55 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																			
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																	



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 - Nome do Profissional Solicitante

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 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

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 do Encerramento do Atendimento

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/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 - 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 Casos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ALIO MARTINS PAUSANO

PX NÃO ESS APT-OBLIQUO

27103x

[Signature]

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	484437	Pedido:	839958		
Paciente:	CAIO MARTINS FAUSTINO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR			Data Pedido:	27/03/2019 19:55:00
				Data Laudo:	28/03/2019 12:16:55

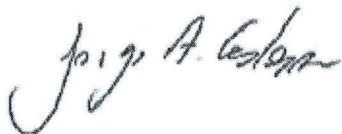
RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

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: Caio Martins Faustino



Nº da guia: 766

Nº da carteirinha: 2.33.5072

Data Nascimento: 04/02/2009

Escola: Colégio Adventista São José dos
Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência : Horário : Local
27/03/2019 09:15:00 Quadra

Atividade
Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de Educação Física o aluno sofreu uma queda que gerou uma batida em sua mão.

Testemunha da ocorrência

Joisse

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Joisse

Data

27/03/2019

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 mesmo relatou sentir dores e foi previamente atendido com aplicação de gelo no local.

Assinatura:


Gabriel Morales

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE PARA O PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE 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 2746570000	6 - Data de Validade da Senha 2746570000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2746570000
4 - Data de Autorização 27/03/2019	5 - Senha 2746570000	8 - Número da Carteira 2374308	9 - Validade da Carteira 31/12/2019
Dados do Beneficiário		10 - Nome DANIEL OBRYAN SANTOS DA COSTA	
11 - Número do Contrato 76591569000130		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 16725		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/03/2019	
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			
31 - Código ONES 15563			
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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 27/03/2019 11:33 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 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\$) 39.64			
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\$) 39.64			
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 27465700000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2746570	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 27/03/2019	5 - Senha 2746570	6 - Data de Validade da Senha 2746570	10 - Nome DANIEL OBRYAN SANTOS DA COSTA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2374308	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome DANIEL OBRYAN SANTOS DA COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16725
18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/03/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. 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 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 27/03/2019 11:33 22 40804097	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - PE OU PODODACTILO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Tég. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 39.64
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.64				
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\$) 39.64				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



67 - Assinatura do Beneficiário
27/03/2019

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 88891 Pedido: 839754
Paciente: **DANIEL OBRYAN SANTOS DA COSTA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: RICARDO S. FALAVINHA JR

Data Pedido: 27/03/2019 11:33:00
Data Laudo: 28/03/2019 15:21:02

RADIOGRAFIA DE PÉ ESQUERDO

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: Daniel Obryan Santos da Costa



Nº da guia: 760

Nº da carteirinha: 2.37.4308

Data Nascimento: 28/01/2006

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência

27/03/2019

Horário

09:55:00

Local

Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Aluno estava em aula de educação física, em um lance de futebol torceu o tornozelo esquerdo e está reclamando de dor, foi passado a pomada diclofenaco dietilamônio no local.

Testemunha da ocorrência

Eliane

Telefone

(41) 3226-3636

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

Mãe foi informada sobre o ocorrido e está vindo buscá-lo para levar ao Pequeno Príncipe para avaliação Médica.

Assinatura:

Letícia Vieira
Gerente Financeiro
CAC
Letícia 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, PELA
PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CÓPIAS DE IDENTIFICADOR DO ALUNO, DE AUTORIZAÇÃO DE
ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E COTAS. (Conforme Anexo abaixo)

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

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

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br Curitiba clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2781077000		6 - Data de Validade da Série 2781077000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2781077000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218		12 - Atendimento a RN N									
4 - Data de Autorização 23/04/2019		5 - Série 2781077000		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome GABRIEL VEIGA ZITTLAU		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218		12 - Atendimento a RN N									
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2324600		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome GABRIEL VEIGA ZITTLAU		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218		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 KRISTIANO MENDEZ RIBEIRO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 16804		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/04/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
Dados do Contratado Executante		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 23/04/2019 19:56 22 40801098 19:56		39 - Tabela 40-Procedimento 41-Descrição RX - OSSOS DA FACE		42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 44.94		48-Sq.Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.94		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\$) 44.94	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Contratado		71 - Assinatura do Profissional Contratado		72 - Assinatura do Profissional Contratado		73 - Assinatura do Profissional Contratado		74 - Assinatura do Profissional Contratado		75 - Assinatura do Profissional Contratado	





CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2781077000000

Folha: 1 / 1

281077 250480

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/04/2019		5 - Senha 2781077	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2781077	
8 - Número da Carteira 2324600		9 - Validade da Carteira 30/12/2019	
10 - Nome GABRIEL VEIGA ZITTLAU		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218	
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 KHRISTIANO MENDEZ RIBEIRO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 16804		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/04/2019	
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	
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 23/04/2019 19:56 22 40801098		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - OSSOS DA FACE	
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.76			
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.76		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\$) 44.76			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Assinatura do Secretário ou Responsável

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	143196	Pedido:	850480		
Paciente:	GABRIEL VEIGA ZITTLAU				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	KHRISTIANO MENDEZ RIBEIRO			Data Pedido:	23/04/2019 19:56:00
				Data Laudo:	24/04/2019 12:01:04

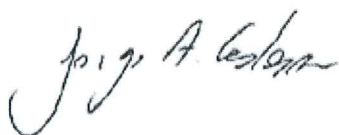
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea integra.

Transparência normal dos seios da face.

*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: Gabriel Veiga Zittlan

Nº da guia: 842

Nº da carteirinha: 2.32.4600

Data Nascimento: 06/11/2006

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão -
RIFEM



Data da Ocorrência Horário Local

23/04/2019

17:45:00

Sala de Aula

Atividade

Aula de outras materias

O que aconteceu

Aluno bateu o nariz na carteira escolar!

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Aluno bateu o nariz e sente dor no local!

Testemunha da ocorrência

Rogerio

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Rogerio

Data

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 Namit

Rudimar Roberto Namit
Carolina Fioravanti
CAAB

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

Instituição Adventista São Brás de São Paulo - CNPJ: 13.116.763/0004-13

Alameda Júlia da Costa, 1442 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2971 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / clinica.adventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 05/04/2019	5 - Senha 2757868000	10 - Nome JULIANNE DOS SANTOS SPADA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2117153	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			
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41710	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/04/2019	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	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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 05/04/2019 08:40 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 38.13 1.0 38.13				
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\$) 38.13				
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\$) 38.13				
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 - N° Guia no Prestador 2757868000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2757868	
4 - Data de Autorização 05/04/2019		5 - Senha 2757868		6 - Data de Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 2117153		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome JULIANNE DOS SANTOS SPADA	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 41710	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Tipo Atendimento 05					
22 - Data da Solicitação 05/04/2019					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição					
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.					
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 05/04/2019 08:40 22 40803120 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					
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 05/04/2019	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Responsável	