



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

RPS nº. 355669, Série: U, emitido em 01/07/2019, conversão em
01/07/2019

Número da Nota

354160

Data e Hora de Emissão

01/07/2019 00:00:00

Código de Verificação

DDB3D80E

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2

Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010

Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INST ADVENTISTA SUL BRAS DE SAUDE

CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**

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

Município: Curitiba **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.006,15

01 JUL 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.006,15

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	1.006,15	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

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

Remessa: **126481** Competência: **07/2019** Entrega: **01/07/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
13/05/2019	13/05/2019	2805309000		1490651	2805309	ALEX GABRIEL VIEIRA JANUAF2334610	39,79
13/05/2019	13/05/2019	2805778000		1491025	2805778	DIEGO BRASIL CAROPRESO 2335369	375,07
02/05/2019	02/05/2019	2792474000		1483419	2792474	GUILHERME DA SILVA CORDEI123456789	40,62
13/05/2019	13/05/2019	2805679000		1490947	2805679	IRALMO OLIVIO TRENTINI NET 3267622	77,92
17/05/2019	17/05/2019	2810353000		1493422	2810353	IVANA RODRIGUES AILAN 3301750	39,79
17/05/2019	17/05/2019	2810753000		1493669	2810753	JEAN GABRIEL DA SILVA APAF2324641	38,13
09/05/2019	09/05/2019	2801049000		1488072	2801049	LUAN HENRIQUEDOS SANTOS000000000000	39,79
14/05/2019	14/05/2019	2806561000		1491349	2806561	LUAN VINICIUS ZVATINI 377663	39,79
23/05/2019	23/05/2019	2817315000		1497481	2817315	LUIZA FERREIRA SMIJTINK 2375014	77,92
08/05/2019	08/05/2019	2800446000		1487870	2800446	NICOLAS GIUSTI 000	40,87
16/05/2019	16/05/2019	2809302000		1492823	2809302	RAFAEL DE OLIVEIRA 2334381	39,79
20/05/2019	20/05/2019	2812826000		1495063	2812826	RAFAEL DE SOUZA MOSCARD 00000000	38,13
24/05/2019	24/05/2019	2818712000		1498255	2818712	RYAN FIGUEIREDO CARDOSO 0000000000	39,79
09/05/2019	09/05/2019	2801397000		1488263	2801397	RYAN FIGUEIREDO CARDOSO 000	40,62
21/05/2019	21/05/2019	2814753000		1496049	2814753	SAMUEL HENRIQUE GUIBOR 367284	38,13
Total : 15							1.006,15
Total Geral : 15							1.006,15



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

2 - Nº Guia no Prestador 2805309000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2805309000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2805309000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/05/2019	5 - Senha 2805309000	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2334610	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Esecutante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Agente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 13/05/2019 13:47 13:47 22 40803104	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ANTEBRACO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 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 - 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 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		



2805309 858375

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO			
8 - Número da Carteira 2334610							
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
13 - Código da Operadora 76591569000130		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA		16 - Conselho Profissional 29757		17 - Número no Conselho 6			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/05/2019					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130							
Dados do Atendimento		42 - Qtde. 001		43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 39.79			
36 - Data 13/05/2019		37 - Hr. Inicial 13:47		38 - Hr. Final 13:47		39 - Data 13/05/2019	
40 - Procedimento RX - ANTEBRACO		41 - Descrição 40803104		42 - Data 13/05/2019		43 - Hora 13:47	
44 - Sg. 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 13/05/2019		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			



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

Rx 52m 5280

REQUISICÃO DE EXAME

☐ CENTRO DE IMAGEM

☐ CINTIOGRAFIA

Nº Registro _____

Nome Alex Gabriel Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS

Idade _____ Amb. ☐ Emergência ☐ Quarto _____ Leito _____

Clínica _____

Exames Requistados: 1) para - X ANTENAR ESQUERDA AB + L

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 _____

Ctba, _____ de _____ de _____ Médico - CRM _____

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 858375

Paciente: **ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 13/05/2019 13:47:00

Data Laudo: 13/05/2019 14:15:08

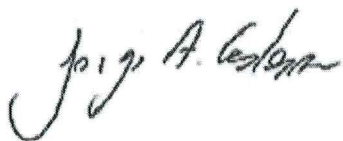
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura dos ossos do antebraço com formação de calo ósseo

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alex Gabriel Vieira Januário

Nº da guia: 892

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
13/05/2019	07:42:00	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
Denis Monitor	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisse Lobo	13/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

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



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

2 - N° Guia no Prestador 2805778000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2805778000	5 - Senha 2805778000	6 - Data de Validade da Senha 2805778000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2805778000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2335369	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome DIEGO BRASIL CAROPRESO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ANGELICA LUCIANA NAU	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 32618	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 13/05/2019	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 (paciente 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 13/05/2019 20:48 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07 375.07					
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\$) 375.07					
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\$) 375.07					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



2805778 050505 54 50

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 2805778	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2805778	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/05/2019	5 - Senha 2805778	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome DIEGO BRASIL CAROPRESO	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2335369	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 32618	18 - UF 41
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante ANGELICA LUCIANA NAU	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 13/05/2019	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 (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 13/05/2019 20:48 22 41001010 TC - CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07 375.07			
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\$) 375.07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 375.07			
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	6 - Data de Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Sessão	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	18 - UF	19 - Código CBO
Dados do Beneficiário		16 - Conselho Profissional			
8 - Número da Carteira	233.536.9	17 - Número no Conselho			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado			
13 - Código na Operadora		15 - Nome do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic.		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	28 - Qtd. Aut.		
1 -		TC craneio	29 - Qtd. Aut.		
2 -			30 - Qtd. Aut.		
3 -			31 - Qtd. Aut.		
4 -			32 - Qtd. Aut.		
5 -			33 - Qtd. Aut.		
Dados do Contratado		34 - Nome do Contratado			
29 - Código na Operadora		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados do Atendimento		36 - Tipo de Consulta			
32 - Tipo de Atendimento		37 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		38 - Hora Inicial			
36 - Data	37 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		51 - Nome do Profissional			
43 - Seq. Ref.	44 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 -					
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\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 58466 Pedido: 858505

Paciente: **DIEGO BRASIL CAROPRESO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ANGELICA LUCIANA NAU

Data Pedido: 13/05/2019 20:48:00

Data Laudo: 14/05/2019 10:18:42

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Estudo realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada *Multislice*, obtendo-se imagens no plano axial.

Os seguintes aspectos foram observados:

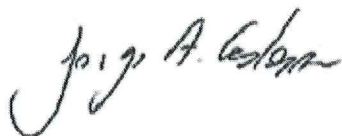
Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais, bem como dos sulcos entre giros corticais cerebrais e do cerebelo.

Impressão : Estudo tomográfico computadorizado do encéfalo dentro dos limites da normalidade.

*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: Diego Brasil Caropreso



Nº da guia: 898

Nº da carteirinha: 2.33.5369

Data Nascimento: 29/10/2009

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2019	17:30:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

O aluno ficou desacordado

Partes do corpo

~~5º~~ Dedo Mão Esquerda

Descrição

Professora notou que o aluno estava debruçado sobre a carteira tentou acordá-lo, mas não obteve resposta, depois de insistir o aluno acordou, mas não respondia aos comandos.

Testemunha da ocorrência

Kellen

Telefone

(41) 3051-8700

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Atendimento no próprio estabelecimento

Observações

O aluno foi estabilizado e aguardou o atendimento móvel.

Assinatura:

Anderson Faustino

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

Impresso por: Anderson Faustino

1 de 1

13/05/2019 18:25

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2792474000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2792474000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 02/05/2019	5 - Senha 2792474000	10 - Nome GUILHERME DA SILVA CORDEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004080683261	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 123456789	9 - Validade da Carteira 30/11/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39618	18 - UF 41
15 - Nome do Profissional Solicitante JULIO MAKSOUD BRAZUNA	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/05/2019	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 (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 02/05/2019 18:45 18:45 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(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62	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				





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

2 - Nº Guia no Prestador 2792474000000

Folha: 1 / 1

854074-2792474

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2792474	6 - Data de Validade da Senha 2792474	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2792474	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004080683261	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 123456789	9 - Validade da Carteira 30/11/2019	10 - Nome GUILHERME DA SILVA CORDEIRO				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante JULIO MAKSOUD BRAZUNA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39618	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/05/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 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 02/05/2019 18:45 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(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62 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						



Adventista

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

2. Nº Guia na Empresa

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sinal

6 - Data de Validade da Sinal

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Descrição

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Qtd. Solic.

27 - Qtd. Aut.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total das Gases Medicináveis (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Data de Realização de Procedimentos em Série

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Data de Realização de Procedimentos em Série

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Data de Realização de Procedimentos em Série

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data de Realização de Procedimentos em Série

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data de Realização de Procedimentos em Série

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data de Realização de Procedimentos em Série

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data de Realização de Procedimentos em Série

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data de Realização de Procedimentos em Série

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data de Realização de Procedimentos em Série

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data de Realização de Procedimentos em Série

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data de Realização de Procedimentos em Série

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data de Realização de Procedimentos em Série

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data de Realização de Procedimentos em Série

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data de Realização de Procedimentos em Série

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data de Realização de Procedimentos em Série

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data de Realização de Procedimentos em Série

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Data de Realização de Procedimentos em Série

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data de Realização de Procedimentos em Série

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Data de Realização de Procedimentos em Série

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data de Realização de Procedimentos em Série

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data de Realização de Procedimentos em Série

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data de Realização de Procedimentos em Série

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Data de Realização de Procedimentos em Série

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data de Realização de Procedimentos em Série

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Data de Realização de Procedimentos em Série

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data de Realização de Procedimentos em Série

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data de Realização de Procedimentos em Série

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data de Realização de Procedimentos em Série

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Data de Realização de Procedimentos em Série

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data de Realização de Procedimentos em Série

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Data de Realização de Procedimentos em Série

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data de Realização de Procedimentos em Série

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data de Realização de Procedimentos em Série

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data de Realização de Procedimentos em Série

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Data de Realização de Procedimentos em Série

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data de Realização de Procedimentos em Série

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Data de Realização de Procedimentos em Série

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data de Realização de Procedimentos em Série

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data de Realização de Procedimentos em Série

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data de Realização de Procedimentos em Série

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Data de Realização de Procedimentos em Série

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data de Realização de Procedimentos em Série

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Data de Realização de Procedimentos em Série

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data de Realização de Procedimentos em Série

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data de Realização de Procedimentos em Série

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data de Realização de Procedimentos em Série

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Data de Realização de Procedimentos em Série

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data de Realização de Procedimentos em Série

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Data de Realização de Procedimentos em Série

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data de Realização de Procedimentos em Série

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data de Realização de Procedimentos em Série

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data de Realização de Procedimentos em Série

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Data de Realização de Procedimentos em Série

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data de Realização de Procedimentos em Série

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Data de Realização de Procedimentos em Série

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Data de Realização de Procedimentos em Série

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Data de Realização de Procedimentos em Série

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Data de Realização de Procedimentos em Série

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Data de Realização de Procedimentos em Série

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data de Realização de Procedimentos em Série

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Data de Realização de Procedimentos em Série

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Data de Realização de Procedimentos em Série

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Data de Realização de Procedimentos em Série

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Data de Realização de Procedimentos em Série

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Data de Realização de Procedimentos em Série

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data de Realização de Procedimentos em Série

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Data de Realização de Procedimentos em Série

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Data de Realização de Procedimentos em Série

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Data de Realização de Procedimentos em Série

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Data de Realização de Procedimentos em Série

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Data de Realização de Procedimentos em Série

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data de Realização de Procedimentos em Série

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Data de Realização de Procedimentos em Série

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Data de Realização de Procedimentos em Série

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Data de Realização de Procedimentos em Série

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Data de Realização de Procedimentos em Série

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Data de Realização de Procedimentos em Série

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data de Realização de Procedimentos em Série

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Data de Realização de Procedimentos em Série

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Data de Realização de Procedimentos em Série

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Data de Realização de Procedimentos em Série

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Data de Realização de Procedimentos em Série

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Data de Realização de Procedimentos em Série

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Data de Realização de Procedimentos em Série

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Data de Realização de Procedimentos em Série

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Data de Realização de Procedimentos em Série

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Data de Realização de Procedimentos em Série

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Data de Realização de Procedimentos em Série

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Data de Realização de Procedimentos em Série

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Data de Realização de Procedimentos em Série

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 423443 Pedido: 854074

Paciente: **GUILHERME DA SILVA CORDEIRO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: JULIO MAKSOUD BRAZUNA

Data Pedido: 02/05/2019 18:45:00

Data Laudo: 03/05/2019 11:57:42

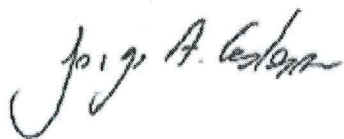
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

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: Guilherme da Silva Cordeiro

Nº da guia: 869

Nº da carteirinha: 2.37.5040

Data Nascimento: 30/08/2007

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2019	17:00:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, quando o amigo empurrou-o caindo sobre o braço direito e o amigo em cima das costas do mesmo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Robson	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eliane Manfrini	02/05/2019

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

Observações

Mãe foi informada sobre o ocorrido e solicitou o atendimento, aguarda parecer médico via telefone para acompanhá-lo até o hospital se necessário.

Assinatura:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
CAC

Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85
Centenário - CEP: 82.960-200
Curitiba - PR

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

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

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

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

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

02/05/19

Robson Cordeiro



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

2 - Nº Guia no Prestador 2805679000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 13/05/2019	5 - Senha 2805679000	10 - Nome IRALMO OLIVIO TRENTINI NETO	2805679000	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3267622	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36997		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/05/2019	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 (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 13/05/2019 18:00 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)				
2 13/05/2019 18:00 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 38.13				
001 39.79				
Identificação do(a) Profissional(e) Executante(s)				
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof
				53 - Número no Conselho
				54 - UF
				55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
77.92	0.00	0.00	0.00	0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				65 - Total Geral (R\$)
				77.92
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 **2805679000000**

Folha: 1 / 1

2805679 858480

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2805679		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/05/2019		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 3267622		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome IRALMO OLIVIO TRENTINI NETO			
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 JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 36997		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado			
22 - Data da Solicitação 13/05/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - QI Solic.		28 - QI Autoriz.		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo 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 13/05/2019 18:00 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 2 13/05/2019 18:00 22 40804097 RX - PE OU PODOFACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 001 1.0 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\$) 77.92		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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Total Geral (R\$) 77.92	



SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RV
8 - Número da Carteira: 2267622 9 - Validade da Carteira: 31/03/2019 10 - Nome: <i>Isabela Oliveira Ferreira Leite</i> 11 - Cartão Nacional de Saúde					
13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado: <i>D. João Batista Ferreira Braga</i> 15 - Nome do Profissional Solicitante: <i>MÉDICO</i> 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Sol. 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. Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)					
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho 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					

Isabela Oliveira Ferreira Leite

D. João Batista Ferreira Braga

Isabela Oliveira Ferreira Leite

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	6596	Pedido:	858480
Paciente:	IRALMO OLIVIO TRENTINI NETO		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		Data Pedido: 13/05/2019 18:00:00
			Data Laudo: 14/05/2019 13:32:09

t

RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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

t

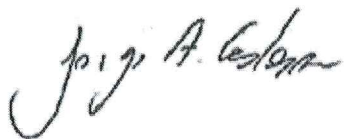
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Sinais de liquido intra articular

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: Iralmo Olivio Trentini Neto

Nº da guia: 896

Nº da carteirinha: 3.26.7622

Data Nascimento: 24/01/2012

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2019	16:28:00	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu

Caiu um objeto no pé do aluno

Partes do corpo

Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava descendo da aula de Educação Física e caiu um objeto no seu pé.

Testemunha da ocorrência

Nayra

Nayra

Telefone

(41) 3051-8680

(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros

Nayra

Data

13/05/2019

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 família solicitou a ambulância no colégio para uma avaliação.

Assinatura: _____

Nelson Fagundes

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

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

ass: Iralmo Trentini



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

2 - Nº Guia no Prestador 2810353000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 17/05/2019	5 - Senha 2810353000	10 - Nome IVANA RODRIGUES AILAN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3301750	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 ELIAS FERREIRA BRAGA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36997	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.				
Dados do Contratado Excitante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
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 17/05/2019 11:54 11:54 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - PE OU PODODACTILO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 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				
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 Casos 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				



2810353 280026

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização 17/05/2019		5 - Senha 2810353		6 - Data de Validade da Senha 2810353		N	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome IVANA RODRIGUES AILAN		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 3301750							
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código da Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		18 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		17 - Número no Conselho 36997		19 - Código CBO 225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		27 - Ql.Solic.	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/05/2019		25 - Código do Procedimento 25 - Descrição		28 - Ql.Autoriz.	
31 - Código CNES 15563							
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		32 - Tipo Atendimento 05		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
29 - Código na Operadora 76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
Dados do Atendimento		36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 17/05/2019 11:54 22 40804097		40 - Procedimento 41 - Descrição RX - PE OU PODODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 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 Medicamentos (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		64 - Total Geral (R\$) 39.79	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado			

SEI TOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

EMERGENCIA/CONVENIO

1 - Registro ANS
2 - Número da Guia Principal
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização
5 - Sentença
6 - Data de Validade da Sentença
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Cide. Solic.
28 - Cide. 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 - Cide.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)
48 - Seq. Ref.
49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Assinatura do Contratado
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\$)

Dr. João das Farias
MEDICO
06.997

Trauma Torcional pt (E)
RX pt (E) AP+ P+ Oblique.

40803097

37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Cide.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Assinatura do Contratado
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\$)

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	70150	Pedido:	860026
Paciente:	IVANA RODRIGUES AILAN		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		Data Pedido: 17/05/2019 11:54:00
			Data Laudo: 17/05/2019 13:56:08

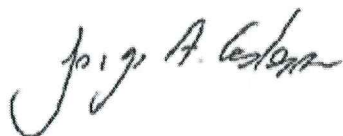
RADIOGRAFIA DE PÉ ESQUERDO

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ivana Rodrigues Ailán

Nº da guia: 922

Nº da carteirinha: 3.30.1750

Data Nascimento: 01/11/2008

Escola: Escola Adventista Vista Alegre -
EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/05/2019	10:39:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna estava em aula de educação física e estava correndo durante a atividade troçou e torceu o pé.

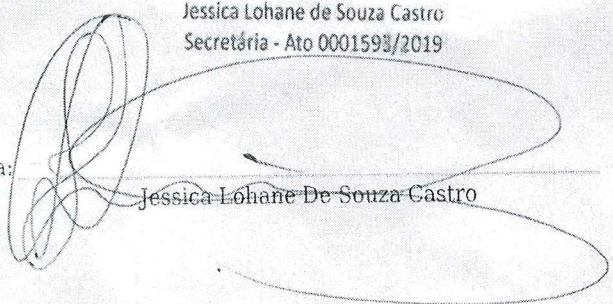
Testemunha da ocorrência	Telefone
Carine	41 9599-7960

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carine	17/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna estava em aula de educação física e estava correndo antes de começar a aula.

Assinatura: 
Jessica Lohane de Souza Castro
Secretária - Ato 0001593/2019

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

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

17/05/2019 



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

2 - N° Guia no Prestador **2810753000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2810753000		5 - Senha 2810753000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2810753000		12 - Atendimento a RN N	
1 - Data de Autorização 17/05/2019		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome JEAN GABRIEL DA SILVA APARECIDO BATISTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		16 - Conselho Profissional 6	
1 - Número da Carteira 2324641		21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/05/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
21 - Cartão de Atendimento 2		27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código ONES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		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 17/05/2019 16:23 22 40603120		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 1.0 38.13		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\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Data de Realização de Procedimentos em Série 63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.13		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador 2810753000000

Folha: 1 / 1

2810753 860411

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome JEAN GABRIEL DA SILVA APARECIDO BATISTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2324641	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36997		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado / Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 17/05/2019 16:23 22 40803120	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO			
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				



Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2810753

Contat/Lote: 1493669

Data/Hora: 17/05/2019 16:24:56

Impresso por: RAISSA OLIVEIRA

SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		10 - Nome		13 - Código na Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
10 - Nome		14 - Nome do Contratado		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Descrição	
26 - Código do Procedimento		27 - Hora Inicial		28 - Hora Final		29 - Código da Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Tipo de Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente		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/Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Observação / Justificativa		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	491765	Pedido:	860141		
Paciente:	JEAN GABRIEL DA SILVA APARECIDO BATISTA				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA			Data Pedido:	17/05/2019 16:23:00
				Data Laudo:	23/05/2019 14:51:33

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jean Gabriel da Silva Aparecido Batista

Nº da guia: 923

Nº da carteirinha: 2.32.4641

Data Nascimento: 28/05/2005

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/05/2019	13:33:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Em aula de educação física, aluno pulou "barreira" e acabou caindo, batendo a mão no solo, dedo polegar foi machucado,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profº Guilherme,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Maria,,,	17/05/2019

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

Observações
Foi avisado a avó e disse que avisaria a mãe para pegá-lo e lavá-lo ao especialista (hosp. Pequeno Príncipe),,,

Assinatura:

Rudimar Roberto Nemitz

17/05/2019

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 09/05/2019	5 - Senha 2801049000	10 - Nome LUAN HENRIQUE DOS SANTOS SERVIDONE	2801049000	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38421	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 09/05/2019 11:01 11:01 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 40604054 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(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 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				





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2801049000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2801049	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2801049	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 09/05/2019	5 - Senha 2801049	10 - Nome LUAN HENRIQUEDOS SANTOS SERVIDONE	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38421	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/05/2019	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 ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 09/05/2019 11:01 22 40804054 RX - JOELHO	42 - Qtd. 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 - 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 OFME (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				



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter 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.

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

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

3 -

5 -

7 -

9 -

10 -

2 -

4 -

6 -

8 -

10 -

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

a Jonami Santos 09.05.18

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	173189	Pedido:	857005		
Paciente:	LUAN HENRIQUEDOS SANTOS SERVIDONE				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR			Data Pedido:	09/05/2019 11:01:00
				Data Laudo:	09/05/2019 15:56:18

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Henrique dos Santos Servidone



Nº da guia: 886

Nº da carteirinha: 3.6.5950

Data Nascimento: 30/07/2005

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2019	09:25:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição

Colegas caíram em cima do aluno sem querer. o aluno caiu e bateu o joelho.

Testemunha da ocorrência

Henrique (monitor)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Francielle (vice Diretora)

Data

09/05/2019

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

Colocamos o aluno sentando no chão com a perna elevada e aguardamos o atendimento medico.

Assinatura:

Ana Cristina dos Santos Luiz Festa

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



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 2806561000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2806561000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 14/05/2019	5 - Senha 2806561000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 377663	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUAN VINICIUS ZVATINI	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39479	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/05/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado / Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 14/05/2019 11:17 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO			
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(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 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	



Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2806561

Data/Hora: 24/05/2019 14:55:31 Contas/Lote: 1497349

Impresso por: CLAUDEMIRA CUNHA



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2806561000000

Folha: 1 / 1

2806561 858767

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2806561		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 15/05/2019		5 - Senha 2806561		6 - Data de Validade da Senha 2806561			
8 - Número da Carteira 377663		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome LUAN VINICIUS ZVATINI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/05/2019		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 14/05/2019 11:17		39 - Tabela 40 - Procedimento 22 40804097		41 - Descrição EX - PE OU PODOODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 39.79 1.0 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 Casos 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

Logo da Empresa

SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão 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.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

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

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 491346 Pedido: 858767

Paciente: LUAN VINICIUS ZVATINI

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: MARINA C POLYDORO

Data Pedido: 14/05/2019 11:17:00

Data Laudo: 14/05/2019 13:27:59

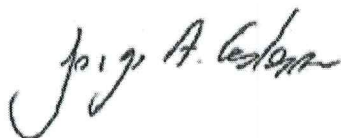
RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luan Vinicius Zavatini

Nº da guia: 899

Nº da carteirinha: 3.7.7663

Data Nascimento: 13/06/2006

Escola: Colégio Adventista Boqueirão -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2019	09:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Chutaram o pé direito do aluno e machucou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Itaniel	(41) 99647-9525

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 dedo polegar do pé direito está inchado.

Assinatura:


CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina

Cleberson Luz

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2817315000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 2817315000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2817315000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 23/05/2019	5 - Senha 2817315000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUIZA FERREIRA SMIJINK	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2375014	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38243	19 - Código CBO 225270
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/05/2019	23 - Indicação Clínica		27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 23/05/2019 13:39 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)				
2 23/05/2019 13:39 22 40804097 RX - PE OU FODODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 38.13 38.13				
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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.92				
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\$) 77.92				
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 2817315000000

Folha: 1 / 1

2817315 062298

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 N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUIZA FERREIRA SMIJINK		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2375014					
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270		
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38243	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/05/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 23/05/2019 13:39 22 40804089 2 23/05/2019 13:39 22 40804097	40 - Procedimento 41 - Descrição RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) RX - PE OU PODODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13 001 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.92	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 77.92					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2817315

Contas/Lote: 1457481

Data/Hora: 23/05/2019 13:40:26

Impresso por: RAISSA OLIVEIRA

2. Nº para o Prestador

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

5 - Senha

4 - Data da Autorização

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

12 - Atendimento a RN

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

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./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	208488	Pedido:	862298		
Paciente:	LUIZA FERREIRA SMIJTINK				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA	Data Pedido:	23/05/2019 13:39:00		
	MIYAZAKI	Data Laudo:	23/05/2019 15:27:18		

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PÉ DIREITOS

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: Luiza Ferreira Smijtk



Nº da guia: 944

Nº da carteirinha: 2.37.5014

Data Nascimento: 29/12/2003

Escola: Colégio Adventista Centenário -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2019	12:03:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna na aula de Educação física torce o pé e procura a professora por auxílio a sala de apoio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tania Mara Luz de Oliveira	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tania Mara Luz de Oliveira	23/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A mãe por motivo de transporte vai levar ao hospital

Assinatura:

Tania Mara Luz De Oliveira
Tânia Mara Luz De Oliveira

COLÉGIO ADVENTISTA CENTENÁRIO
Rua Argélia, nº 85 - Centenário
CEP 82960-200 - CURITIBA - PR
FONE: (41) 3226-3636
CNPJ: 76.726.884/0087-54

Andria Calogari

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

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2800446000		6 - Data de Validade da Senha 2800446000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2800446000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 08/05/2019		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome NICOLAS GIUSTI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
8 - Número da Carteira 000		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 14627		18 - UF 41	
13 - Código da Operadora 76591569000130		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante							
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 14627		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/05/2019		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 1		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 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 08/05/2019 21:51 21:51		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40801012 RX - CRÂNIO - 2 INCIDENCIAS		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 40.87 40.87		48 - Sg. 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\$) 40.87		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 Casos 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	





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

2 - N° Guia no Prestador 2800446000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2800446	6 - Data de Validade da Senha 2800446	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2800446	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/05/2019	5 - Senha 2800446	9 - Validade da Carteira 08/05/2019	10 - Nome NICOLAS GIUSTI	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira ADVENTISTA				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 14627	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
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 08/05/2019 21:51 21:51	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 40801012	41 - Descrição RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	42 - Qtde. 001
43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 40.87 1.0 40.87				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho
54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 -	3 - 4 -	5 - 6 -	7 - 8 -	9 - 10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.87	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				



Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	272918	Pedido:	856832		
Paciente:	NICOLAS GIUSTI				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS			Data Pedido:	08/05/2019 21:51:00
				Data Laudo:	09/05/2019 11:22:21

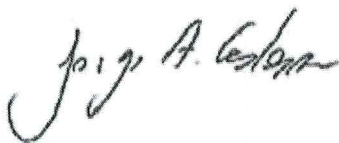
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

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: Nicolas Giusti



Nº da guia: 897

Nº da carteira: 2.79.146

Data Nascimento: 22/06/2012

Escola: Escola Adventista Afonso Pena - EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2019	17:14:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Desequilíbrio e bateu a cabeça na coluna.	Olho Esquerdo

Descrição

Bateu a testa na coluna, lado esquerdo acima do olho. Fez um corte profundo e sangrou muito.

Testemunha da ocorrência

Testemunha da ocorrência	Telefone
Katia Seemund (Professora Ed. Física)	(41)98843-1002

Quem prestou primeiros socorros

Quem prestou primeiros socorros	Data
Katia Seemund (Professora Ed. Física)	13/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Assinatura:

Nara Janaina Antunes Falcão

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

Nome do Aluno: Nicolas Giusti - matrícula 146

IDADE : 6 ANOS

TURMA 1º ANO T. 1

ESCOLA ADVENTISTA AFONSO PENA

NA AULA DE FUTSAL O REFERIDO ALUNO SOFREU UM TRAUMA NO OSSO FRONTAL AO SE CHOCAR COM UMA QUINA DE COLUNA DA QUADRA DE FUTSAL.

Nenhuma alergia.

76.726.884/0130-25

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA ALMIRANTE ALEXANDRINO Nº 1712
AFONSO PENA - CEP: 83040-420

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR



NARA JANAINA ANTUNES FALCÃO
DIRETORA ESCOLAR ATO Nº 13/2018

NARA JANAINA ANTUNES FALCÃO



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

2 - Nº Guia no Prestador 2809302000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2809302000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2809302000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 16/05/2019	5 - Senha 2809302000	10 - Nome RAFAEL DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2334381	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO		
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 16/05/2019		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 15563		
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 16/05/2019 13:07 13:07		40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804097 EX - PE OU PODODACTILO		
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 39.79		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado				



ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2809302

Conta/Lote: 1492823

Data/Hora: 28/05/2019 14:15:02

Impresso por: LIZINEIA SORANZO



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2809302000000

Folha: 1 / 1

2809302 859635

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome RAFAEL DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2334381	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39479		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/05/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 16/05/2019 13:07 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO	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 - 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Contratado	68 - Assinatura do Contratado
65 - Total Geral (R\$)				39.79

2. N° 001 na Presidência

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Sanha		10 - Nome		16 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabella		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Tipo de Atendimento		28 - Tipo de Atendimento		29 - Tipo de Atendimento		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 - Código do Procedimento		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/CDF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		1	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 234529 Pedido: 859635

Paciente: **RAFAEL DE OLIVEIRA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: MARINA C POLYDORO

Data Pedido: 16/05/2019 13:07:00

Data Laudo: 16/05/2019 13:33:20

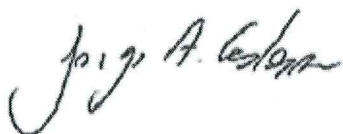
pRADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962