



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

RPS nº. 355670, Série: U, emitido em 01/07/2019, conversão em 01/07/2019

Número da Nota

354161

Data e Hora de Emissão

01/07/2019 00:00:00

Código de Verificação

HSEIR401

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 702,86

01 JUL. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$702,86

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	702,86	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 AMBULATORIAIS**

Remessa: 126485 Competência: 07/2019

Entrega: 01/07/2019



Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nota Fiscal

Período

[illegible]

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 14/06/2019		5 - Senha 2842535000		10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		N	
8 - Número da Carteira 2334610		9 - Validade da Carteira 01/09/2019		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	
16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 14/06/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 14/06/2019 13:38 22 40803104 RX - ANTEBRACO	
39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 14/06/2019 13:38 22 40803104 RX - ANTEBRACO		42 - Ql. 43 - Via 44 - Tec. 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 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		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2842535000000

Folha: 1 / 1

2842535 2842535

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 2842535	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2334610	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/06/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76591569000130			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
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 14/06/2019 13:38 22 40803104 RX - ANTEREACAO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 39.79			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



REQUISICÃO DE EXAME

CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Alex Gabriel V. Figueiredo Nº Registro 34567 ☐ SUS
 Idade 10 Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☒ Convênio ☐ SUS
 Clínica Ortopedia e Traumatologia Quarto 101 Leito 10

Exames Requisitados: 1) Rx antebraço e ap + p
 2)
 3)

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste lodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica

Resumo Clínico

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

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

Técnico R.X.

Ctba. 24 de junho de 2019

Médico - CRM

Cód 246

Dr. Luiz Miller Ávila
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PR 29.75

x Luiz Carlos Figueiredo

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 83940 Pedido: 870640

Paciente: ALEX GABRIEL VIEIRA JANUARIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 14/06/2019 13:38:00

Data Laudo: 17/06/2019 14:38:32

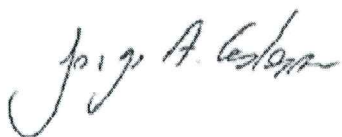
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

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: 1029

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
14/06/2019	07:46:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

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

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joisie Lobo	14/06/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Contato com os responsáveis.

Assinatura:

Joisie Almeida Lobo

Joisie 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 - Nº Guia no Prestador 2824150000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 29/05/2019	5 - Senha 2824150000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2824150000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 27873	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ANA GIULIA GABARDO RAMOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 36997	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/05/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qi Solic. 28 - Qi 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 29/05/2019 15:23 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 38.13 38.13			
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\$) 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			



2824150 884604.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2824150	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 29/05/2019	5 - Senha 2824150	6 - Data de Validade da Senha 2824150	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 27873	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ANA GIULIA GABARDO RAMOS	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 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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/05/2019	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 1 29/05/2019 15:23 22 40803120	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 38.13	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



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

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\$)
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

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

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

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

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

58 - 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 Médicinas (R\$) _____ 65 - Total Geral (R\$) _____

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

Dr. João Elias Ferreira Braga
Médico
CRM 34.997

Tramite em R.D.
R x 2º QD dir AP4P

40803120

Assinatura

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 493127 Pedido: 864604
Paciente: **ANA GIULIA GABARDO RAMOS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Data Pedido: 29/05/2019 15:23:00
Data Laudo: 30/05/2019 11:56:52

RADIOGRAFIA DO 2 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Giulia Gabardo Ramos

Nº da guia: 954

Nº da carteirinha: 2.78.713

Data Nascimento: 02/07/2006

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2019	11:21:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

2º Dedo Mão Direita

Descrição

durante a aula de educação física, a aluna machucou o dedo indicador ao movimentar-se para receber a bola de vôlei. A aluna sente dificuldades para movimentar o dedo para cima e para baixo. Porém apresentou um leve inchaço.

Testemunha da ocorrência

Prof Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Milena

Data

29/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi aplicado gelo no local.

Assinatura:

Erik Fernando Dos Santos De Araújo
Erik Fernando Dos Santos De Araújo

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

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

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

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

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

Impresso por: Erik Fernando Dos Santos De Araújo

1 de 1

29/05/2019 11:25

Ana Giulia Gabardo Ramos

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 28/05/2019	5 - Senha 2822319000	6 - Data de Validade da Senha 2822319000	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2822319000	
8 - Número da Carteira 365893	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome ANDRE NATAL ALVES PEREIRA	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA DAMAZIO DE OLIVEIRA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 33267	18 - UF 41
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/05/2019	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 28/05/2019 10:36 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 46.80 46.80			
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 46.80 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\$) 46.80			
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 2822319000000

Folha: 1 / 1

863937-2822319

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2822319		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 28/05/2019		5 - Senha 2822319		6 - Data de Validade da Senha		9 - Nome ANDRE NATAL ALVES PEREIRA		10 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
8 - Número da Carteira 365893		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA DAMAZIO DE OLIVEIRA		11 - Número no Conselho 33267		12 - Código CBO 225270	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA DAMAZIO DE OLIVEIRA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 33267	
18 - Nome do Profissional Solicitante AMANDA DAMAZIO DE OLIVEIRA		19 - Data da Solicitação 28/05/2019		20 - Indicação Clínica		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/05/2019	
23 - Tipo Atendimento 05		24 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		25 - Tipo de Consulta 9		26 - Motivo de Encerramento do Atendimento		27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.	
28 - Código do Procedimento 25		29 - Descrição ou Item Assistencial		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 28/05/2019 10:36 22 40802051 EX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 46.80 46.80	
Identificação do Profissional(a) 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\$) 46.80		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\$) 46.80		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Guilherme de Lora Pereira		68 - Assinatura do Contratado	

2- N° Guia no Prestador

Mod. 25129

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 32572 Pedido: 863937
Paciente: **ANDRE NATAL ALVES PEREIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: AMANDA DAMAZIO DE OLIVEIRA

Data Pedido: 28/05/2019 10:36:00
Data Laudo: 30/05/2019 15:06:07

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Alinhamento vertebral normal.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

Pedículos e estruturas do arco posterior com aspecto habitual.

Articulações interapofisárias anatômicas.

*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: André Natal Alves Pereira



Nº da guia: 951

Nº da carteirinha: 3.6.5893

Data Nascimento: 14/04/2009

Escola: Colégio Adventista Boa Vista -
EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2019	08:23:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Costas

Descrição

O aluno tropeçou no pé do colega, caiu e bateu as costas na quina da cadeira.

Testemunha da ocorrência

Henrique

Telefone

(30) 51-8620

Quem prestou primeiros socorros

ana

Data

28/05/2019

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

O aluno ficou imóvel no chão da sala.

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

Impresso por: Ana Cristina dos Santos Luiz
Festa

1 de 1

28/05/2019 08:34

28/05/19 Guilherme de Lencastre



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2834548000000

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
4 - Data de Autorização 07/06/2019	5 - Senha 2834548000	10 - Nome BEATRIZ MCHELS DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000000000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	
16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	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 1 07/06/2019	37 - Hr. Inicial 15:52	38 - Hr. Final 15:52	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 41 - Descrição RX - OSSOS DA FACE			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.94			
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\$) 44.94			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 44.94			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



2834548 - 867925

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2834548	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2834548	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
4 - Data de Autorização 07/06/2019	5 - Senha 2834548	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome BEATRIZ MCHELIS DE OLIVEIRA	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome BEATRIZ MCHELIS DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atendimento a RN
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 5215
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 07/06/2019 15:52 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 44.94 44.94				
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\$) 44.94				
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00				
62 - Total de OPME (R\$) 0.00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				
65 - Total Geral (R\$) 44.94				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

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 de Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Data 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 - 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

Dr. Stanley
Realista
CRM 5215

Tramete nasal
Rx de ppto nasal (C/laudo)

X Maira michels

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 316166 Pedido: 867925
Paciente: **BEATRIZ MCHELS DE OLIVEIRA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO

Data Pedido: 07/06/2019 15:52:00
Data Laudo: 07/06/2019 16:37:37

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

Incidências: AP e Perfil

Indicação clínica: Trauma nasal.

Análise:

Imagem compatível com traço de fratura transversa no osso nasal na incidência em perfil.

Demais elementos ósseos avaliados sem sinais de fratura.

Sinais de espessamento mucoso do seio maxilar direito.

Impressão:

Fratura do osso nasal.

Sinusopatia maxilar direita.



FABIO LUCIO STALHSCHMIDT
CRM: 19420

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Michels de Oliveira



Nº da guia: 1006

Nº da carteirinha: 3.26.7970

Data Nascimento: 29/06/2015

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2019	13:29:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
bateu o nariz em um brinquedo	Rosto

Descrição

A aluna desceu do escorregador e bateu o nariz em um brinquedo do parque.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fernanda	(41) 3051-8680
Fernanda	(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros

Data
07/06/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A família foi comunicada e decidiu levar a aluna ao hospital

Maíra Michels

Assinatura:

Nelson Fagundes

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

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

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

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

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

Impresso por: Nelson Fagundes

1 de 1

7/06/2019 13:35

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

2 - Nº Guia no Prestador 2841626000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2841626000	6 - Data de Validade da Senha 2841626000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2841626000
4 - Data de Autorização 13/06/2019	5 - Senha 2841626000	10 - Nome BIANCA GABRIELLA HUBER LENDECKER	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 13/06/2019	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
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 13/06/2019 22:09 22:09	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 1.0 38.13
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	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 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
69 - Total Geral (R\$) 38.13			





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

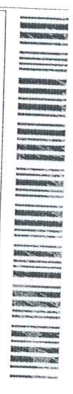
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2841626000000

Folha: 1 / 1

A.2643626 8.870363

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 13/06/2019	10 - Nome BIANCA GABRIELLA HUBER LENDECKER				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO OLIVEIRA ASINELLI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 13/06/2019	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 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 1 13/06/2019 22:09 22:09	39 - Tabela 40 - Procedimento 22 40803120	41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq.Ref. 49 - Gr.Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
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						



CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)
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 - Motivo de Encerramento do Atendimento	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Código CNES	37 - Hora Inicial
38 - Data	39 - Hora Final	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	69 - Assinatura do Profissional	70 - Assinatura do Profissional	71 - Assinatura do Profissional	72 - Assinatura do Profissional

13062

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 311725 Pedido: 870383
Paciente: **BIANCA GABRIELLA HUBER LENDECKER**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI

Data Pedido: 13/06/2019 22:09:00
Data Laudo: 14/06/2019 12:13:00

RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bianca Gabriella Hüber Lendecker



Nº da guia: 1026

Nº da carteirinha: 3.26.8125

Data Nascimento: 10/12/2002

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2019	12:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Estavam em aula de educação física e se chocou com uma colega , a atividade envolvida era basquete.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eloisa Santos	(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eloisa Santos	13/06/2019

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

Observações
Foi colocado gelo no local , e visivelmente inconclusivo para fratura. Mãe levará ao hospital.

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **2829454000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2829454000		6 - Data de Validade da Senha 2829454000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2829454000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 03/06/2019		5 - Senha 2829454000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome EDUARDA TEZZA DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 367202		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome EDUARDA TEZZA DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 765915690000130	
15 - Nome do Profissional Solicitante VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 23262		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Tipo Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/06/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25		25 - Código do Procedimento 26		26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Qi Solic. 28		28 - Qi Autoriz.		29 - Código na Operadora 765915690000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 11	
33 - Indicação de Adiente (ocidente 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 03/06/2019 18:45 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.94 44.94		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/cpf 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.94		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$) 44.94		70 - Total Geral (R\$) 44.94	



2829454 866243

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	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
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 367202	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome EDUARDA TEZZA DA SILVA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 23262	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 03/06/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial						
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/06/2019 18:45 22 40801098 RX - OSSOS DA FACE						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.94 44.94						
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
8 -	9 -	10 -				
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)						
44.94	0.00	61 - Total de Materiais (R\$)				
		0.00	62 - Total de OPME (R\$)			
		0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$)			
		0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
		0.00	65 - Total Geral (R\$)			
		44.94	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
			68 - Assinatura do Contratado			



front face

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 493728 Pedido: 866243
Paciente: **EDUARDA TEZZA DA SILVA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA Data Pedido: 03/06/2019 18:45:00
POZZO Data Laudo: 04/06/2019 10:29:01

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea íntegra.

Transparência normal dos seios da face.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome: Eduarda Tezza da Silva



Nº da guia: 977

Nº da carteirinha: 3.6.7202

Data Nascimento: 22/06/2009

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/2019	15:14:00	Ginásio	Aula de educação física

Que aconteceu

Que com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, teira)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Uma estava na aula de Ed. Física em uma atividade de pega-pega, ao fugir enroscou o pé na rede da trave de futsal e batendo o lado direito do rosto atingindo o queixo, boca e testa, vindo a quebrar o dente da frente.

Testemunha da ocorrência

Lucas

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Lucas

Data

03/06/2019

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

Uma foi atendida e colocado gelo no local.

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2831395000	5 - Senha 2831395000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2831395000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 05/06/2019	6 - Data de Validade da Senha 2831395000	10 - Nome GUILHERME DA SILVA CORDEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004080683261	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 00000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Solicitante 15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/06/2019	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	32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qtd. 001	43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 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				
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				



2831395 886897.

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 00000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome GUILHERME DA SILVA CORDEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004080683261		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 25919	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 05/06/2019	
23 - Tipo Atendimento 05		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.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 05/06/2019 09:53 22 40803112 RX - PUNHO		39 - Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 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		48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62		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	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 423443 Pedido: 866897
Paciente: **GUILHERME DA SILVA CORDEIRO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JULIO MAKSOUD BRAZUNA

Data Pedido: 05/06/2019 09:53:00
Data Laudo: 05/06/2019 10:59:25

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

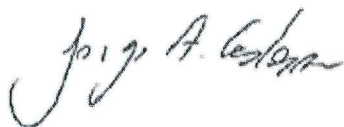
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle

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

**AMA**

Tânia Mara Luz De Oliveira - Colégio Adventista Centenário - EIEFM

[➡ \(/ama/logout.php\)](/ama/logout.php)

Tânia Mara Luz De Oliveira - Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Logout ➡ (/ama/logout.php)

- Home (/ama/pages/home/home.php)
- Atendimento
 - Novo Atendimento (/ama/pages/novo_atendimento/novo_atendimento.php)
 - Reembolso (/ama/pages/reembolso/reembolso.php)
- Relatórios
 - Atendimento (/ama/pages/relatorio_atendimento/relatorio_atendimento.php)
- Gráficos
 - Por Gênero (/ama/pages/relatorio_genero/relatorio_genero.php)
 - Por Idade (/ama/pages/relatorio_idade/relatorio_idade.php)
 - Por Local (/ama/pages/relatorio_local/relatorio_local.php)
 - Por Motivo (/ama/pages/relatorio_motivos/relatorio_motivos.php)
 - Por Partes Atingidas (/ama/pages/relatorio_partes_atingidas/relatorio_partes_atingidas.php)
- Regulamento Interno (/ama/pages/regulamento_interno/)

[🏠 Home \(home.php\)](#) | [Novo Atendimento \(home.php\)](#)

Nova Autorização

Atendimentos

Novo Atendimento

Em caso de acidente, preencha a autorização abaixo para levar junto com o aluno ao atendimento.

Autorização

Nome completo do aluno ⓘ

Guilherme da Silva Cordeiro.

Nº da matrícula ⓘ

5040

Instituição de ensino ⓘ

Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data ⓘ

05/06/2019

Horário ⓘ à 15min à meia hora

10:00

Onde ocorreu o acidente? ⓘ

- ☐ Biblioteca
- ☐ Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)
- ☐ Corredor
- ☐ Dormitório (Ex.: residencial)
- ☐ Ginásio
- ☐ Pátio
- ☐ Piscina
- ☐ Playground (Ex.: parquinho)
- ☒ Quadra
- ☐ Sala de Aula
- ☐ Outros
- Qual? ⓘ

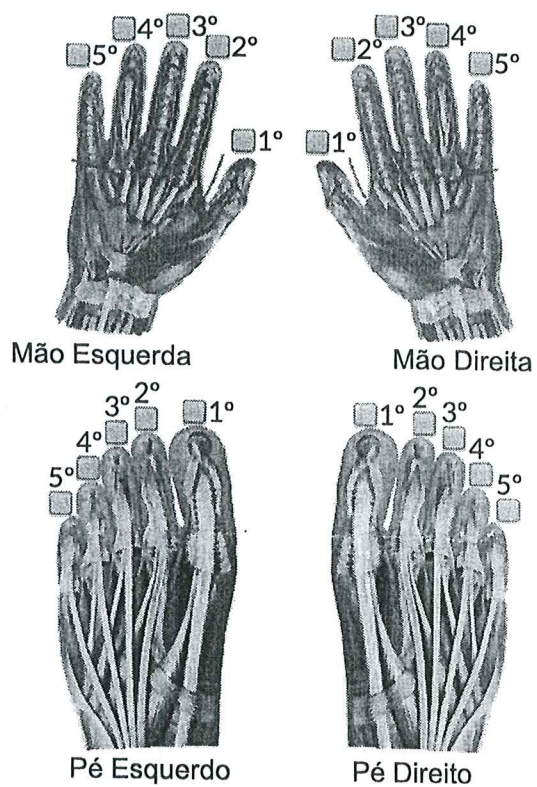
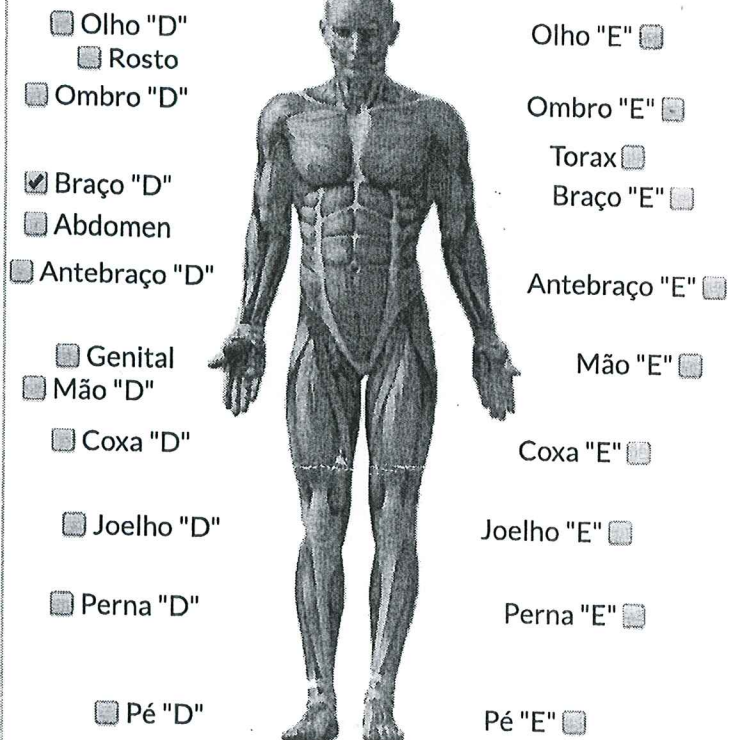
Como? (Atividade durante o acidente) ⓘ

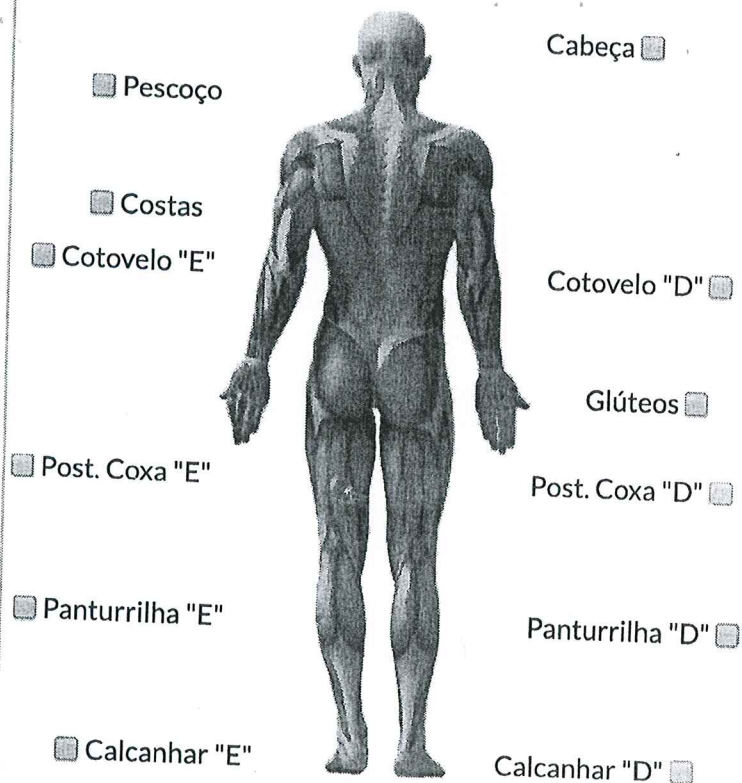
- ☐ Atividades esportivas fora de aula
- ☒ Aula de educação física
- ☐ Aula de outras matérias
- ☐ Briga
- ☐ Cama Elástica
- ☐ Chegada
- ☐ Deslocamento interno
- ☐ Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)
- ☐ Intervalo (Ex.: recreio)
- ☐ Natação
- ☐ Saída
- ☐ Outros
- Qual? ⓘ

O que aconteceu? ⓘ

- ☐ Afogamento
- ☐ Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)
- ☐ Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)
- ☐ Corpo estranho (Ex.: cisco no olho, engoliu moeda)
- ☐ Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura)
- ☐ Engasgo
- ☐ Queda de altura (Ex.: escada)
- ☒ Queda de mesmo nível
- ☐ Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)
- ☐ Torção
- ☐ Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)
- ☐ Outros
- Qual? ⓘ

Local do corpo atingido





Descreva a ocorrência com suas causas e consequências: ①

O 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.

Pessoas que presenciaram a ocorrência:

Nome ①

Robson.

Telefone ①

(41) 3226-3636

Nome

Eliane

Telefone

(41) 99791-8706

Nome de quem prestou primeiros socorros

Eliane Manfrini

Data que procurou assistência médica ①

05/06/2019

Local onde será atendido ①

Hospital Pequeno Príncipe

Atendimento particular



Observações ①

Retorno de atendimento do aluno.

Este formulário deve ser enviado a Clínica Adventista, pelo prestador, juntamente com as contas do atendimento, relatório detalhado do atendimento, notas fiscais e guias.

(Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde | CNPJ: 15.116.763/0004-12 | Alameda Júlia da Costa, 1447 | Bigorrilho | Curitiba - Paraná | 80730-070

Fone: (41) 3240-2931 | Cel: (41) 99519-9118 | assistenciamedica@clinicaadventista.org.br | curitiba.clinicaadventista.org.br

Limpar campos

Deletar autorização

Salvar / Imprimir

COLÉGIO ADVENTISTA CENTENÁRIO

Rua Argélia, nº 85 - Centenário

CEP 82960-200 - CURITIBA - PR

FONE: (41) 3226-3636

CNPJ: 76.726.884/0067-54

Tânia Maria Luz Oliveira

Tânia Oliveira
Coord. Disciplinar

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

2 - Nº Guia no Prestador 2836868000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 10/06/2019	28368680000	28368680000		28368680000	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 377876	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GUSTAVO LEAL DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004050577552		
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 11611	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/06/2019	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 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 10/06/2019 12:25 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 44.87					
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\$) 44.87					
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\$) 44.87					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



2836868 2836868

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 2836868		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome GUSTAVO LEAL DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004050577552			
8 - Número da Carteira 377876		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 11611		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/06/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 (incidente 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 10/06/2019 12:25 22 40801020 RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.87 44.87			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 44.87		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 44.87		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Responsável		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

1 - Registro ANS

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Dados do Solicitante

11 - Código na Operadora

12 - Nome do Contratado

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Conselho Profissional

15 - Número no Conselho

16 - UF

17 - Código CBO

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Cartão Nacional de Saúde

20 - 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

Dados do Contratado Execitante

27 - Código na Operadora

28 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

29 - Tipo de Atendimento

30 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

31 - Tipo de Consulta

32 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

33 - Data

34 - Hora Inicial

35 - Hora Final

36 - Tabela

37 - Código do Procedimento

38 - Descrição

39 - Qtd.

40 - Valor Unitário (R\$)

41 - Valor Total (R\$)

42 - Qtd.

43 - Tec.

44 - Fator Red. Acres.

45 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Qtd.

48 - Tec.

49 - Fator Red. Acres.

50 - Valor Unitário (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Qtd.

53 - Tec.

54 - Fator Red. Acres.

55 - Valor Unitário (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Qtd.

58 - Tec.

59 - Fator Red. Acres.

60 - Valor Unitário (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Qtd.

63 - Tec.

64 - Fator Red. Acres.

65 - Valor Unitário (R\$)

66 - Valor Total (R\$)

67 - Qtd.

68 - Tec.

69 - Fator Red. Acres.

70 - Valor Unitário (R\$)

71 - Valor Total (R\$)

72 - Qtd.

73 - Tec.

74 - Fator Red. Acres.

75 - Valor Unitário (R\$)

76 - Valor Total (R\$)

77 - Qtd.

78 - Tec.

79 - Fator Red. Acres.

80 - Valor Unitário (R\$)

81 - Valor Total (R\$)

82 - Qtd.

83 - Tec.

84 - Fator Red. Acres.

85 - Valor Unitário (R\$)

86 - Valor Total (R\$)

87 - Qtd.

88 - Tec.

89 - Fator Red. Acres.

90 - Valor Unitário (R\$)

91 - Valor Total (R\$)

92 - Qtd.

93 - Tec.

94 - Fator Red. Acres.

95 - Valor Unitário (R\$)

96 - Valor Total (R\$)

97 - Qtd.

98 - Tec.

99 - Fator Red. Acres.

100 - Valor Unitário (R\$)

101 - Valor Total (R\$)

102 - Qtd.

103 - Tec.

104 - Fator Red. Acres.

105 - Valor Unitário (R\$)

106 - Valor Total (R\$)

107 - Qtd.

108 - Tec.

109 - Fator Red. Acres.

110 - Valor Unitário (R\$)

111 - Valor Total (R\$)

112 - Qtd.

113 - Tec.

114 - Fator Red. Acres.

115 - Valor Unitário (R\$)

116 - Valor Total (R\$)

117 - Qtd.

118 - Tec.

119 - Fator Red. Acres.

120 - Valor Unitário (R\$)

121 - Valor Total (R\$)

122 - Qtd.

123 - Tec.

124 - Fator Red. Acres.

125 - Valor Unitário (R\$)

126 - Valor Total (R\$)

127 - Qtd.

128 - Tec.

129 - Fator Red. Acres.

130 - Valor Unitário (R\$)

131 - Valor Total (R\$)

132 - Qtd.

133 - Tec.

134 - Fator Red. Acres.

135 - Valor Unitário (R\$)

136 - Valor Total (R\$)

137 - Qtd.

138 - Tec.

139 - Fator Red. Acres.

140 - Valor Unitário (R\$)

141 - Valor Total (R\$)

142 - Qtd.

143 - Tec.

144 - Fator Red. Acres.

145 - Valor Unitário (R\$)

146 - Valor Total (R\$)

147 - Qtd.

148 - Tec.

149 - Fator Red. Acres.

150 - Valor Unitário (R\$)

151 - Valor Total (R\$)

152 - Qtd.

153 - Tec.

154 - Fator Red. Acres.

155 - Valor Unitário (R\$)

156 - Valor Total (R\$)

157 - Qtd.

158 - Tec.

159 - Fator Red. Acres.

160 - Valor Unitário (R\$)

161 - Valor Total (R\$)

162 - Qtd.

163 - Tec.

164 - Fator Red. Acres.

165 - Valor Unitário (R\$)

166 - Valor Total (R\$)

167 - Qtd.

168 - Tec.

169 - Fator Red. Acres.

170 - Valor Unitário (R\$)

171 - Valor Total (R\$)

172 - Qtd.

173 - Tec.

174 - Fator Red. Acres.

175 - Valor Unitário (R\$)

176 - Valor Total (R\$)

177 - Qtd.

178 - Tec.

179 - Fator Red. Acres.

180 - Valor Unitário (R\$)

181 - Valor Total (R\$)

182 - Qtd.

183 - Tec.

184 - Fator Red. Acres.

185 - Valor Unitário (R\$)

186 - Valor Total (R\$)

187 - Qtd.

188 - Tec.

189 - Fator Red. Acres.

190 - Valor Unitário (R\$)

191 - Valor Total (R\$)

192 - Qtd.

193 - Tec.

194 - Fator Red. Acres.

195 - Valor Unitário (R\$)

196 - Valor Total (R\$)

197 - Qtd.

198 - Tec.

199 - Fator Red. Acres.

200 - Valor Unitário (R\$)

201 - Valor Total (R\$)

202 - Qtd.

203 - Tec.

204 - Fator Red. Acres.

205 - Valor Unitário (R\$)

206 - Valor Total (R\$)

207 - Qtd.

208 - Tec.

209 - Fator Red. Acres.

210 - Valor Unitário (R\$)

211 - Valor Total (R\$)

212 - Qtd.

213 - Tec.

214 - Fator Red. Acres.

215 - Valor Unitário (R\$)

216 - Valor Total (R\$)

217 - Qtd.

218 - Tec.

219 - Fator Red. Acres.

220 - Valor Unitário (R\$)

221 - Valor Total (R\$)

222 - Qtd.

223 - Tec.

224 - Fator Red. Acres.

225 - Valor Unitário (R\$)

226 - Valor Total (R\$)

227 - Qtd.

228 - Tec.

229 - Fator Red. Acres.

230 - Valor Unitário (R\$)

231 - Valor Total (R\$)

232 - Qtd.

233 - Tec.

234 - Fator Red. Acres.

235 - Valor Unitário (R\$)

236 - Valor Total (R\$)

237 - Qtd.

238 - Tec.

239 - Fator Red. Acres.

240 - Valor Unitário (R\$)

241 - Valor Total (R\$)

242 - Qtd.

243 - Tec.

244 - Fator Red. Acres.

245 - Valor Unitário (R\$)

246 - Valor Total (R\$)

247 - Qtd.

248 - Tec.

249 - Fator Red. Acres.

250 - Valor Unitário (R\$)

251 - Valor Total (R\$)

252 - Qtd.

253 - Tec.

254 - Fator Red. Acres.

255 - Valor Unitário (R\$)

256 - Valor Total (R\$)

257 - Qtd.

258 - Tec.

259 - Fator Red. Acres.

260 - Valor Unitário (R\$)

261 - Valor Total (R\$)

262 - Qtd.

263 - Tec.

264 -

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	111977	Pedido:	868729		
Paciente:	GUSTAVO LEAL DOS SANTOS				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN			Data Pedido:	10/06/2019 12:25:00
				Data Laudo:	10/06/2019 14:00:03

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de imagem fratura com desvio nas incidências realizadas.

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.


LUCAS AZEVEDO LOPES DE ANDRADE
CRM: 35637

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Leal dos Santos

Nº da guia: 1007

Nº da carteirinha: 3.7.7876

Data Nascimento: 03/04/2010

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2019	10:04:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Cabeça

Descrição

O aluno caiu e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Daniele

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

10/06/2019

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

Observações

O aluno reclama de dor.

Assinatura:

Sérgio Alves

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2825285000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2825285000		6 - Data de Validade da Senha 2825285000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2825285000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004108367539		12 - Atendimento a RN N							
4 - Data de Autorização 30/05/2019		8 - Número da Carteira 375777		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome JOAO DUANNE ANDRIGHI		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 39479		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARINA CLAUDIA POLYDORO		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 30/05/2019		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 (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 30/05/2019 13:39 13:39		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 46.80 46.80															
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\$) 46.80		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\$) 46.80			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado															



864943-2825285

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2825285	6 - Data de Validade da Senha 2825285	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2825285	10 - Nome JOAO DUANNE ANDRIGHI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004108367539	12 - Atendimento a RN N			
4 - Data de Autorização 30/05/2019	8 - Número da Carteira 375777	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	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
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/05/2019	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	31 - Código ONES 15563								
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
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 30/05/2019 13:39 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 46.80										
Identificação do(a) Profissional(ies) 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\$) 46.80										
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\$) 46.80										
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 30/05/19, Marina Polydoro										
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
68 - Assinatura do Contratado										



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Códex. Solic.	28 - Códex. Aut.	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
31 - Tipo de Atendimento	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	36 - Código CNES	37 - Hora Inicial
38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.
45 - Fator Red./Acr.	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 CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Profissional	70 - Assinatura do Profissional	71 - Assinatura do Profissional	72 - Assinatura do Profissional

30/05/19 *Dr. Marina C. Polidoro*

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 484559 Pedido: 864943
Paciente: **JOAO DUANNE ANDRIGHI**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: MARINA CLAUDIA POLYDORO

Data Pedido: 30/05/2019 13:39:00
Data Laudo: 30/05/2019 15:19:55

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Alinhamento vertebral normal.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

Pedículos e estruturas do arco posterior com aspecto habitual.

Articulações interapofisárias anatômicas.

*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: João Duanne Andrichi



Nº da guia: 958

Nº da carteirinha: 3.7.5777

Data Nascimento: 21/07/2006

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2019	11:21:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição
O aluno foi pegar a bola escorregou e caiu com as costas no chão .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Itaniel	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Itaniel	30/05/2019

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
O alna esta sentindo muita dor na região da coluna.

Assinatura:

Sérgio Alves

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

Impresso por: Sérgio Alves

1 de 1

30/05/2019 11:24

30/05/19 Julia PS Andrichi

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

2 - Nº Guia no Prestador 2825501000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2825501000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2825501000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 30/05/2019	5 - Senha 2825501000	10 - Nome JULIA DA ROCHA NASSAR			
8 - Número da Carteira 3267539	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código da Operadora 76591569000130	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					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/05/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 30/05/2019 15:57 22 15:57	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Or. 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 -
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					



2825501 - 885019.

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autenticação		5 - Senha		8 - Validade da Carteira		9 - Nome		10 - Nome		N	
3267539		31/12/2019		JULIA DA ROCHA NASSAR		JULIA DA ROCHA NASSAR		JULIA DA ROCHA NASSAR		N	
13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		MARINA CLAUDIA POLYDORO		6		39479		41	
19 - Código da Operadora		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
3267539				2		30/05/2019				25 - Código do Procedimento	
										26 - Descrição	
										27 - Qt.Solic.	
										28 - Qt.Autoriz.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Tipo de Consulta		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Encerramento do Atendimento	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		9		11				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Encerramento do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
15563										37 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										38 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										39 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										40 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										41 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										42 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										43 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										44 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										45 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										46 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										47 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										48 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										49 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										50 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										51 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										52 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										53 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										54 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										55 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										57 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										58 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										59 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										60 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										61 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										62 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										63 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										64 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										65 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										66 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										67 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										68 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										69 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										70 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										71 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										72 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										73 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										74 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										75 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										76 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										77 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										78 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										79 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										80 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										81 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										82 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										83 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										84 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										85 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										86 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										87 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										88 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										89 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										90 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										91 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										92 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										93 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										94 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										95 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										96 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										97 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										98 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										99 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
										100 - Data de Realização de Procedimentos em Série	

SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Data de Validade da Senha

5 - Senha

3 - Número da Guia Principal

1 - Registro ANS

10 - Nome
JULIA DA ROCHA LINS

9 - Validade da Carteira

8 - Número da Carteira
3227339

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 99600 Pedido: 865019
Paciente: **JULIA DA ROCHA NASSAR**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: MARINA CLAUDIA POLYDORO

Data Pedido: 30/05/2019 15:57:00
Data Laudo: 31/05/2019 11:10:48

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962