

	AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO		RQ:	011/00
			Tipo:	Registro

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

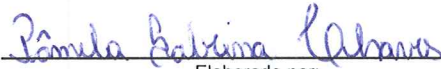
Banco: BB Agência: 3404-5 Conta: 110174-9

Cód. Conta	C/C	Nome Conta	Dep.	Valor	Histórico
4121016	4	Reembolso de Gastos a Contra	2190	1.943,88	Pag. NF 355653 Hospital Pequeno Príncipe

Obs.: ACP / ASP

Total Geral 1.943,88

- ☐ Cheque
- ☐ Cobrança Bancária
- ☐ Pagamento no Caixa
- ☒ Transferência Eletrônica


Elaborado por:
Pâmela Sabrina Chaves



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

RPS nº. 357010, Série: U, emitido em 09/07/2019, conversão em
09/07/2019

Número da Nota
355653
Data e Hora de Emissão
09/07/2019 16:40:07
Código de Verificação
PV2TF10L

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
CPF / CNPJ: 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
Endereço: IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.943,88

15 JUL. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.943,88

Código da Atividade

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	1.943,88	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO

Relatório	Cobrança	Data	Página
RELATÓRIO COBRANÇA	1535	09/07/2019	1 / 2

Conferência Cobrança

Convênio	Cobrança	Protocolo	Data Rec	Vencimento	Emergência	Mesma Via	Outra Via	Bilateral	Tipo
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	1535		09/07/2019	08/08/2019	0%	100,00%	70,00%	50,00%	DATA DA PRODUÇÃO

Boletim	Numero Guia	Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio	Data Fim	Per Emer	Cód	Proc.	Produção	Taxa	Total
2848612 19.07.01813 Em Aberto	2848612	21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	AMANDA LETICIA VASCONCELOS		19/06/2019 16:41	16:51	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2838317 19.07.01813 Em Aberto	2838317	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	ANA CLARA SANTOS CATARINO	3258024	11/06/2019 15:08	15:18	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
283449 19.07.01813 Em Aberto	283449	5215 - STANLEY JOAO L. CAMACHO	BEATRIZ MICHELIS DE OLIVEIRA		07/06/2019 15:15	15:25	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2841621 19.07.01813 Em Aberto	2841621	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	BIANCA GABRIELLA HUBER LENDECKER 3268125		13/06/2019 21:56	22:06	NÃO SIM	307111010 10101039	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) EM PRONTO SOCORRO	10,50 130,00	0,00 39,76	10,50 169,76
2805746 19.07.01813 Em Aberto	2805746	18791 - HELENA RIBEIRO DE PROSPERO	DIEGO BRASIL CAROPRESO	2335369	13/05/2019 20:23	20:33	NÃO SIM	10101039	EM PRONTO SOCORRO	130,00	39,76	169,76
285494 19.07.01813 Em Aberto	285494	11611 - NEUMA MARILIA M. DA SILVA KORMANN	GABRIEL BAUMANN SARAIVA		26/06/2019 12:33	12:43	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2845646 19.07.01813 Em Aberto	2845646	29757 - LUIZ MULLER AVILA	LEONARDO AUGUSTO DA SILVA		17/06/2019 17:52	18:02	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2838569 19.07.01813 Em Aberto	2838569	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	LUAN AGNELO RODRIGUES		11/06/2019 17:14	17:24	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2838625 19.07.01813 Em Aberto	2838625	26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	MARIANA CORA		11/06/2019 17:16	17:26	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2837285 19.07.01813 Em Aberto	2837285	29757 - LUIZ MULLER AVILA	MATHEUS HENRIQUE PINTO	2323380	10/06/2019 10:13	10:23	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2845144 19.07.01813 Em Aberto	2845144	29757 - LUIZ MULLER AVILA	MATHEUS JOSE CHAVES DE LIMA		17/06/2019 14:59	15:09	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00	39,76	139,76
2842525 19.07.01813 Em Aberto	2842525	25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	MATHEUS LEAL RITTER TAHER DA CUNH		14/06/2019 13:32	13:42	NÃO NÃO	30722446 10101039	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE METACARPANOS - REDUÇÃO INCRUENTA EM PRONTO SOCORRO	56,50 100,00	0,00 39,76	56,50 139,76
										156,50	39,76	196,26

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO											
Relatório		Cobrança	Data	Página							
RELATÓRIO COBRANÇA		1535	09/07/2019	2	2						
Boletins Boletim	Numero Guia	Cooperado	Paciente Senha	Matricula Plano	Data Inicio Fim	Fer Emer	Cód	Proc.	Procução	Taxa	Total
2845463 19.07.01813 Em Aberto	2845463	16118 - FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION	RYAN LUCCA SCHMITT TOSI	X	17/06/2019 16:07 16:17	NÃO NÃO	10101039	EM PRONTO SOCORRO	100,00 100,00	39,76 39,76	139,76 139,76
Total									Produção	Taxa de disponibilidade	Valor
									1427,00	516,88	1943,88

Relatório Emitido por: ANNE CAROLINE

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sentha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 17/06/2019	5 - Senha	ATIVO	17930	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome		
0000	17/06/2019	LEONARDO AUGUSTO DA SILVA GUIMA		
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante		
76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	LUIZ MULLER AVILA		
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
LUIZ MULLER AVILA	6	29757	41	225270
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caracter. Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	
2	17/06/2019		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição				
27 - Qt. Solic.				
28 - Qt. Autoriz.				
29 - Código na Operadora				
30 - Nome do Contratado				
31 - Código CNES				
32 - Tipo Atendimento				
04	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 - Procedimento				
41 - Descrição				
42 - Qtd				
43 - Via				
44 - Tec				
45 - Fator Red./Acresc				
46 - Valor Unitário (R\$)				
47 - Valor Total (R\$)				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Rel.				
49 - Grau Part.				
50 - Código na operadora/CPF				
51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Profissional.				
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)				
61 - Total Materiais (R\$)				
62 - Total de Medicamentos (R\$)				
63 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total Gases (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Leonardo Augusto da Silva Guimarães do Nascimento

Nº da guia: 1040

Nº da carteirinha: 3.6.7302

Data Nascimento: 04/07/2016

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/06/2019	14:47:00	Sala de Aula	Banheiro dentro da sala.

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno foi ao banheiro e o colega fechou os dedinhos dele na porta. Teve uma luhcação dos dedos indicadores e médio da mão direita. Fez um pequeno corte em cima dos dedos

Testemunha da ocorrência

Prof. Maria Elena

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Mari

Data

17/06/2019

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

O aluno foi atendido. Passamos Diclofenaco e colocamos gelo no local. Avisamos os responsáveis.

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 - Bigorilho - 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 2842525000000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 14/06/2019	10 - Nome MATHEUS LEAL RITTER TAHER DA CUNHA RAMOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0000				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR 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 - Caracter do Atendimento 2	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.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS			
31 - Código CNES 15563				
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 14/06/2019 13:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 14/06/2019 13:32 22 30722446 FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPANOS - REDUCAO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 001 1.0 56.50				
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\$) 156.50				
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\$) 156.50				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



DADOS DO PACIENTE**CODIGO 0000009279**Nome Paciente: MATHEUS LEAL RITTER TAHER DA
Nome Mãe: SARAH LEAL RITTER DA CUNHA RAMOS
Endereço: RUA JOAO ALENCAR GUIMARAES
Cidade: CURITIBAData Nasc: 03/03/2006
Nome Pai: SYNNUHE RITTER TAHE
Número: 2121
Bairro: CAMPO COMPRIDOIdade: 13 Anos 3 Meses 13 Dias Sexo: Masculino
CNS do Paciente:
Complemento: BL 2 AP202
CEP: 81220190 UF: PR**DADOS DO ATENDIMENTO****CODIGO 0002842525**Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 14/06/2019 - 13:32
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: SYNNUHE RITTER TAHER DA CUNHA
RAMOSCRM: 25919
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone: 95647350Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 0000
Grau de Parentesco: PAI**Anamnese****História da Doença Atual (HDA)**

- # Matheus, 13 anos
- # 49 kg
- # Nega alergias e comorbidades

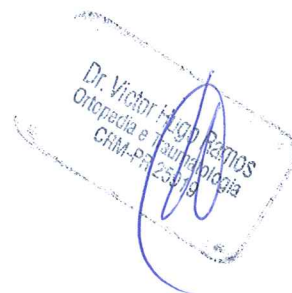
Paciente acompanhado da mãe, relata queda de mesmo nível com trauma em mão d.

Exame Físicodor a palpação em região de cabeça do 2 mtt d
mobilidade preservada
neurovasc ok

Rx: fx 2 mtt direito - sh II

Diagnóstico

contusão em mão d

Tratamento/Condutagesso + analgesia
retorno em 2 sem para reavaliação em ambulatorio
orientar sinais de alarme, retorno imediato ao psMedico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembagador Motta, 1070 - Curitiba, PR, Brasil - CEP 80.250-060 - tel.: +55 41 3310.1010 - www.pequenoprincipe.org.br

Paciente



Atendimento



Documento



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Leal Ritter Taher da Cunha Ramos

Nº da guia: 1031

Data Nascimento: 03/03/2006

Nº da carteirinha: 3.26.8133

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2019	11:48:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição
Aluno estava correndo em sala com mais uma aluna e acabou trombando com um terceiro aluno, vindo a bater a mão na parede, aluno reclama de bastante dor mão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Nelson José Fagundes de Medeiros Vilela	14/06/2019

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
Pai pediu que o aluno fosse para casa e de lá ele levaria ao médico.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2841621000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 2841621000000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17919	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/06/2019	5 - Senha ATIVO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3268125	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 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			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
1 13/06/2019 21:56 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 130.00			
2 13/06/2019 21:56 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 001 1.0 10.50			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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\$) 140.50			
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\$) 180.25			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: BIANCA GABRIELLA HUBER LENDECKER
Nome Mãe: TATIANE HUBER
Endereço: RUA JOAO BETTEGA - ATE 1100/1101
Cidade: CURITIBA

Data Nasc: 10/12/2002
Nome Pai: GUILHERME DIONISIO L
Número: 644
Bairro: PORTAO

CODIGO 0000311725
Idade: 16 Anos 6 Meses 3 Dias Sexo: Feminino
CNS do Paciente:
Complemento: AP 509 B1
CEP: 81070000 UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 13/06/2019 - 21:56
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA
Responsável: GUILHERME DIONISIO LENDECKER

CODIGO 0002841621
CRM: 26551
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA
Telefone:

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 3268125
Grau de Parentesco: PAI

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

PACIENTE RELATA TRAUMA COM BOLA DE BASQUETE HA CERCA DE 12 HORAS EM 5º DEDO DA MAO ESQUERDA. EVOLUIU DURANTE O DIA COM DOR LOCAL E POUCO AUMENTO DE VOLUME. NEGA OUTROS TRAUMAS. NEGA LESÃO ANTERIOR. SINISTRA.

Exame Físico

MÃO ESQUERDA COM AUMENTO DE VOLUME EM IFP DE 5º DEDO E PALPAÇÃO DOLOROSA. ADM PRESERVADA COM FLEXORES PROFUNDO E SUPERFICIAL COM MOVIMENTO ATIVO INDIVIDUAL. MF E IFD INDOLORES. SEM ROTAÇÃO AO EXAME DINAMICO.

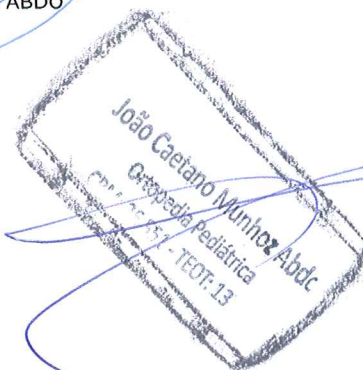
Diagnóstico

CONTUSÃO EM DEDO.

Tratamento/Conduta

TALA METÁLICA + ANALGESIA. OBSERVAR. ORIENTO PAI SOBRE QUADRO E CONDUTA. RETORNO IMEDIATO AO PS-HPP SE PIORA, MUDANÇA DE PADRÃO OU PERSISTENCIA.

Medico(a): JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
CRM: 26551



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembagador Motta, 1070 - Curitiba, PR, Brasil - CEP 80.250-060 - tel.: +55 41 3310.1010 - www.pequenoprincipe.org.br

Paciente

Atendimento

Documento



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

Eloisa Santos

Telefone

(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros

Eloisa Santos

Data

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2805746000000

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	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2335369	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome DIEGO BRASIL CAROPRESO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 765915690000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA RIBEIRO DE PROSPERO	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 18791	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/05/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 765915690000130	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 (ocidente 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 13/05/2019 20:23 20:23	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22	42 - Qtde.	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
58 - Observação / Justificativa			
Segue em anexo o atendimento realizado			
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	



Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2805746

Contat/Lote: 1491000

Data/Hora: 14/05/2019 02:46:44

Impresso por: HELENA PROSPERO

Dra. Helena P.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Diego Brasil Caropreso

Nº da guia: 898

Nº da carteirinha: 2.33.5369

Data Nascimento: 29/10/2009

Escola: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

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

O que aconteceu	Partes do corpo
O aluno ficou desacordado	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kellen	(41) 3051-8700

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi estabilizado e aguardou o atendimento móvel.

Assinatura:


Anderson Faustino

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2837285000000

1 - Registro AINS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	N	
Dados do Beneficiário		MATHEUS HENRIQUE PINTO			
8 - Número da Carteira	2323380				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante	LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
21 - Caracter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	29757	41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
23 - Indicação Clínica	10/06/2019				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contrato Executante					
29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial/38-Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF					
55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)					
61 - Total Materiais (R\$)					
62 - Total de OPME (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Contratado					

ACESSOPRD Data/Hora: 14/06/2019 10:13:11

Conta/Lote: 1508796 Atendimento: 2837285

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1508796

1 / 1

10101020 - EM PRONTO SOCORRO

100,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Henrique Pinto

Nº da guia: 1009

Nº da carteirinha: 2.32.3380

Data Nascimento: 14/03/2008

Escola: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2019	14:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Durante a atividade física, a bola de vôlei bateu no dedo do Matheus e ele sentiu que o dedo virou para trás!	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno levou uma bolada no dedo e conseqüentemente sente muita dor e não consegue movimentar o dedo. Fizemos compressa com gelo!

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Guilherme	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof Guilherme	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

Eu liguei para a mãe vir buscá-lo. A mãe está longe no momento, mas vai pedir para o irmão vir buscá-lo!

Assinatura: _____

Prof. Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar
Rudimar Roberto Nemitz

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 2838317000000

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 11/06/2019	5 - Senha ELEGIVEL
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3268024	9 - Validade da Carteira 31/12/2019
10 - Nome ANA CLARA SANTOS CATARINO	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/06/2019
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Assinatura do Profissional Solicitante 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 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2
34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

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

10101039 - EM PRONTO SOCORRO

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 -	11 -	12 -

58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional	

ACESSOPRD	Data/Hora: 11/06/2019 15:08:18	Conta/Lote: 1509257	Atendimento: 2838317	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	1509257
1 / 1					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Clara Santos Catarino

Nº da guia: 1011

Nº da carteirinha: 3.26.8024

Data Nascimento: 13/02/2006

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2019	11:03:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava batendo a bola de basquete quando em uma dividida, a bola bateu no dedo causando o trauma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Luiza Carvalho	(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Luiza Carvalho	11/06/2019

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

Ma~e virá buscar o aluno para levar ao médico.

Assinatura:

Nelson Fagundes

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 2838569000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validada da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		LUAN AGNELO RODRIGUES		N	
8 - Número da Carteira		0000		11/06/2019		10 - Nome		LUAN AGNELO RODRIGUES			
Dados do Beneficiário		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11/06/2019		JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		6		26551	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caracter. Atendim.		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		18 - UF		19 - Código CBO	
2		11/06/2019						41		225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Or. Solic.		28 - Or. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563		04				1	
Dados do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial/38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial/38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento		41 - Descrição	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
										53 - Número no Conselho	
										54 - UF	
										55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)	
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /		9- / /		11- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /		10- / /		12- / /	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
0.00		39.76		0.00		0.00		0.00		0.00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	
ACESSOPRD		Data/Hora: 11/06/2019 17:14:25		Conta/Lote: 1509389		Atendimento: 2838569		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		1509389	
										1 / 1	

10101039 Consulta em Bento Sene

100,00

39,76

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luan Agnelo Rodrigues

Nº da guia: 1014

Nº da carteirinha: 3.6.7216

Data Nascimento: 17/07/2004

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2019	12:28:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

o aluno estava em Educação Física quando bateu o dedo na bola de Basquete.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Francisco	11/06/2019

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

Atendemos o aluno, fizemos uma tala no dedo e colocamos gelo. O dedo inchou um pouco.

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 - Bigorrrilho - 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

11/06/2019 12:37



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

2 - Nº Guia no Prestador 2838625000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validada da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 11/06/2019	5 - Senha ELEGIVEL	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome MARIANA CORA	11 - Cartão Nacional de Saúde 898002360980035	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2376223	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
16 - Conselho Profissional 26551					
17 - Número no Conselho 26551					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225270					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter Atendim. 2					
22 - Data da Solicitação 11/06/2019					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563					
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 2				
34 - Tipo de Consulta 1					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via	44 - Tec 45 - Fator Red. / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
10101039 Consulta em Pronto Socorro 100,00					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00					
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76					
61 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
64 - Total Geral (R\$) 39.76					
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
66 - Assinatura do Contratado					

ACESSOPRD Data/Hora: 11/06/2019 17:16:24

Conta/Lote: 1509429

Atendimento: 2838625

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1509429

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mariana Corá

Nº da guia: 1016

Nº da carteirinha: 2.37.6223

Data Nascimento: 06/02/2009

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2019	15:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna estava em aula de educação física e ao se locomover torceu o pé esquerdo estando com o mesmo inchado e dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Daniel Faria	(41) 3326-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniel Faria	11/06/2019

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

Aluna se machucou na Educação Física - torção no pé esquerdo - inchaço local - colocado duas bolsas de gelo. Ligado para a mãe, como não atendeu foi contatado o irmão mais velho que virá buscá-la para levar ao Hospital para avaliação médica.

Assinatura:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
CAC
Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85

Centenário - CEP: 82.960-200

Curitiba - PR

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

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

Alameda Júlia da Costa, 1447 - 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2848612000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha ELEGIVEL	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17941	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 1049	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome AMANDA LETICIA VASCONCELOS DE A				
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 21395	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caracter. Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/06/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				
Dados do Contrato Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela 40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Cidade	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc
37-10-10-39			Consulta em Bento Soares			
37-10-10-39			100,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
				55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
58 - Observações / Justificativa						
59 - Total Procedimentos (R\$)						
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00		0.00		0.00		39.76
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
66 - Assinatura do Profissional						
67 - Assinatura do Profissional						
68 - Assinatura do Profissional						
69 - Assinatura do Profissional						
70 - Assinatura do Profissional						
71 - Assinatura do Profissional						
72 - Assinatura do Profissional						
73 - Assinatura do Profissional						
74 - Assinatura do Profissional						
75 - Assinatura do Profissional						
76 - Assinatura do Profissional						
77 - Assinatura do Profissional						
78 - Assinatura do Profissional						
79 - Assinatura do Profissional						
80 - Assinatura do Profissional						
81 - Assinatura do Profissional						
82 - Assinatura do Profissional						
83 - Assinatura do Profissional						
84 - Assinatura do Profissional						
85 - Assinatura do Profissional						
86 - Assinatura do Profissional						
87 - Assinatura do Profissional						
88 - Assinatura do Profissional						
89 - Assinatura do Profissional						
90 - Assinatura do Profissional						
91 - Assinatura do Profissional						
92 - Assinatura do Profissional						
93 - Assinatura do Profissional						
94 - Assinatura do Profissional						
95 - Assinatura do Profissional						
96 - Assinatura do Profissional						
97 - Assinatura do Profissional						
98 - Assinatura do Profissional						
99 - Assinatura do Profissional						
100 - Assinatura do Profissional						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Amanda Leticia Vasconcelos de Assis

Nº da guia: 1049

Nº da carteirinha: 3.26.4298

Data Nascimento: 17/04/2007

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2019	11:42:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna se esbarrou com outro colega e acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Everton Reis	(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros	Data
Everton Reis	19/06/2019

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

Foi ligado para o pai que não veio buscar a filha, que posteriormente será levada 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 28344900000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 28344900000000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17886
4 - Data de Autorização 07/06/2019	5 - Senha ATIVO	
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome BEATRIZ MCHELIS DE OLIVEIRA
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 - Cartão 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 59	30 - Nome do Contratado STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	
Dados do Atendimento		31 - Código CNES 15663
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1
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 15:15 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 100,00		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		
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		

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
Fernanda	07/06/2019

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
A família foi comunicada e decidiu levar a aluna 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 - 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 2845144000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sanha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome MATHEUS JOSE CHAVES DE LIMA
8 - Número da Carteira 000		11 - Cartão Nacional de Saúde N	
Dados do Beneficiário			
13 - Código na 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
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 17/06/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		
27 - Qt. Solic.			
28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 10/10/2019	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 09:00	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- / /	3- / /	5- / /	7- / /
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 39.76	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus José Chaves de Lima



Nº da guia: 1035

Nº da carteirinha: 3.26.5649

Data Nascimento: 06/05/2005

Escola: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/06/2019	10:21:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

O aluno estava na quadra jogando basquete, ele caiu e bateu o braço e o cotovelo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gersonita	17/06/2019

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

Família foi comunicada e pai decidiu vir buscá-lo.

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Serviço Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 28549400000000

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 377827	9 - Validade da Carteira 30/07/2019	10 - Nome GABRIEL BAUMANN SARAIVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
--	--

Dados do Profissional Solicitante

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 <i>Dra. Neuma Martins da Silva Kormann</i> CRM 11611
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 26/06/2019	23 - Indicação Clínica
------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
-----------------------------	----------------	-----------------	-------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563
--	--	---------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observações / Justificativa

12:33 02001039 consulto B5

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Procedimentos (R\$) 0.00	61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39.76	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total das Despesas Especiais (R\$) 39.76	65 - Total Geral (R\$) 39.76
--	--	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

17 Fernando Lacerda

ACESSOPRD Data/Hora: 26/06/2019 12:53:04

Conta/Lote: 1519115

Atendimento: 2854940

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1/1

1519115

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Baumann Saraiva

Nº da guia: 1078

Nº da carteirinha: 3.7.7827

Data Nascimento: 25/05/2016

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2019	11:25:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

O aluno estava correndo, o tênis saiu do pé e caiu com a testa no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Danieli	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Danieli	26/06/2019

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 se queixa de muita dor e esta com a testa rocha com galo.

Assinatura:


CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina
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



CLINICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Serviço Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2845463000000

1 - Registro ANS	000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização	17/06/2019	5 - Senha	ELEGIVEL
Dados do Beneficiário		6 - Data Validade da Senha	17920
8 - Número da Carteira	278392	9 - Validade da Carteira	31/12/2019
Dados do Solicitante		10 - Nome	RYAN LUCCA SCHMITT TOSI
13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante	
FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION		16 - Conselho Profissional	6
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		17 - Número no Conselho	16118
21 - Caráter Atendim.	2	18 - UF	41
22 - Data da Solicitação	17/06/2019	19 - Código CBO	225124
23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
Dados do Atendimento		31 - Código CNES	15563
32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento
41 - Descrição		42 - Qlde	43 - Via
44 - Tec		45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF		55 - Código CBO	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -	/	/	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
2 -	/	/	58 - Assinaturas / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	39.76	61 - Total Materiais (R\$)	0.00
62 - Total de OPME (R\$)	0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	65 - Total Geral (R\$)	39.76
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

ACESSOPRD Data/Hora: 17/06/2019 16:07:51

Conta/Lote: 1513437

Atendimento: 2845463

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1513437

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ryan Lucca Schmitt Tosi



Nº da guia: 1037

Data Nascimento: 14/02/2009

Nº da carteirinha: 2.78.392

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/06/2019	10:47:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O aluno foi empurrando e acabou batendo a cabeça no chão. Apresentou um leve inchaço, portanto reclama de dor.

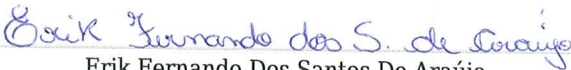
Testemunha da ocorrência	Telefone
Francisco	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erik	17/06/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi aplicado gelo no local

Assinatura: 
Erik Fernando Dos Santos De Araújo

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, 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