

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

RQ: 011/00

Tipo: Registro

CPF/CNPJ: 76.591.569/0001-30

Favorecido: Associação Hospitalar de Prot Infancia Dr. Raul Carneiro

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

Cód. Conta C/C Nome Conta Dep.

4121016 4 Reembolso de Gastos a Contra 2190

Valor

445,05

Histórico

Pag. NF 355687 Hospital Pequeno Príncipe

556

Obs.: ACP / ASP

Total Geral

445,05

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

Pâmela Sabrina Chaves

Elaborado por:
Pâmela Sabrina Chaves

Emitido em: 16/07/2019

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

RPS nº. 357059, Série: U, emitido em 10/07/2019, conversão em 10/07/2019

Número da Nota

355687

Data e Hora de Emissão

10/07/2019 00:00:00

Código de Verificação

K15LL00I

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INST ADVENTISTA 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\$ 445,05

15 JUL. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$445,05

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	445,05	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 AMBULATORIAL**

Remessa: **126947** Competência: **07/2019** Entrega: **10/07/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Termo						
19/06/2019	19/06/2019	2848633000		1515133	2848633	AMANDA LETICIA VASCONCEL 3264298	
11/06/2019	11/06/2019	2838365000		1509273	2838365	ANA CLARA SANTOS CATARIN 3268024	38,13
27/06/2019	27/06/2019	2856679000		1520014	2856679	DAVI CAMPOS BOHN ALVES 000	38,13
26/06/2019	26/06/2019	2854988000		1519132	2854988	GABRIEL BAUMANN SARAIVA 377827	38,13
01/07/2019	01/07/2019	2860442000		1522233	2860442	GIOVANNA COSTA DA SILVA 375323	58,77
19/06/2019	19/06/2019	2848096000		1514845	2848096	IVANA RODRIGUES AILAN 000000000000	38,13
17/06/2019	17/06/2019	2845681000		1513591	2845681	LEONARDO AUGUSTO DA SILVA 367302	39,79
14/06/2019	14/06/2019	2842326000		1511374	2842326	LUCAS EDUARDO QUEVEDO 000000000000	38,13
27/06/2019	27/06/2019	2856689000		1520020	2856689	LUMA BASTOS GONCALVES 000	38,13
11/06/2019	11/06/2019	2838662000		1509456	2838662	MARIANA CORA 000000	39,79
Total : 10							445,05
Total Geral : 10							445,05



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 2848633000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2848633000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2848633000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3264298	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome AMANDA LETICIA VASCONCELOS DE ASSIS	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 PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38243
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/06/2019	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		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição				
1 19/06/2019 16:06	22 40804099		RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	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(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

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Descrição

26 - Descrição

27 - Hora Inicial

28 - Hora Final

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 - Cód. 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 OPMs (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. Paulo Raphael T.K. Menezes
MÉDICO
CRM/PR 38243

Dr. Alexandre D. (AP-TP)

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	495773	Pedido:	872596	
Paciente:	AMANDA LETICIA VASCONCELOS DE ASSIS			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante:	PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI		Data Pedido:	19/06/2019 16:06:00
			Data Laudo:	04/07/2019 17:09:25

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Irregularidade cortical no maléolo lateral.

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.



LUCAS AZEVEDO LOPES DE ANDRADE
CRM: 35637

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 - 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 2838365000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 11/06/2019	5 - Senha 2838365000	10 - Nome ANA CLARA SANTOS CATARINO	2838365000	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3268024	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCA ERDMANN BINI CORDEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41467	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/06/2019	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 (evidente 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 11/06/2019 13:14 13:14 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO			42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 1.0 38.13
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Séte 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				



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	10 - Nome	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
Dados do Solicitante					
15 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
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	26 - Indicação			
1 -	9120000120	Rx de mão direita AP + oblíquo + perfil de 3º QD direito			
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Identificação dos Profissionais Executantes					
43 - Seq. Ref	44 - 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 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$)					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)					
61 - Total de Materiais (R\$)					
62 - Total de OPMs (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 266795 Pedido: 869241
Paciente: **ANA CLARA SANTOS CATARINO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LUCA ERDMANN BINI CORDEIRO

Data Pedido: 11/06/2019 13:14:00
Data Laudo: 25/06/2019 08:01:54

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

*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: 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

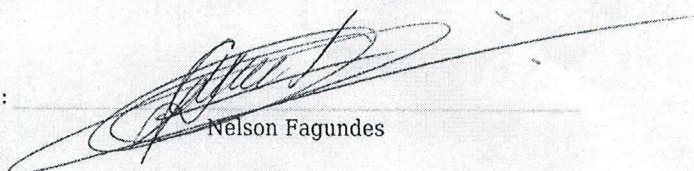
Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Luiza Carvalho	11/06/2019

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

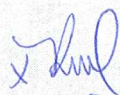
Observações

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2856679000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2856679000	
4 - Data de Autorização 27/06/2019		5 - Senha 2856679000		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 27/06/2019		10 - Nome DAVI CAMPOS BOHN ALVES	
8 - Número da Carteira ADVENTISTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 38243		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/06/2019			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		001 1.0 38.13 38.13			
1 27/06/2019 19:14 22 40803090 RX - COTOVELO					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
48 - Sq.Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	
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	

[illegible]

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	496702	Pedido:	875263	
Paciente:	DAVI CAMPOS BOHN ALVES			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante:	PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA	Data Pedido:	27/06/2019 19:14:00	
	MIYAZAKI	Data Laudo:	04/07/2019 13:55:39	

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea íntegro.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Campos Bohn Alves

Nº da guia: 1082

Nº da carteirinha: 2.11.5278

Data Nascimento: 10/06/2007

Escola: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2019	17:37:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Caiu na educação física

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(41) 322-1908

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora	27/06/2019

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
Fizemos gelo.

Assinatura:

Deizi Silva

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 2860442000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2860442000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 01/07/2019	5 - Senha 2860442000	6 - Data de Validade da Senha 2860442000	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 375323	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome GIOVANNA COSTA 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 PEDRO HENRIQUE DE SA NEVES	
16 - Nome do Profissional Solicitante 39591	17 - Número no Conselho 41	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/07/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 2	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 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 01/07/2019 17:42 22 40803120	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtd. 001	43 - Via 44 - Téc. 38.13 1.0
45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 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	



ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 2860442

Conta/Lote: 1522233

Data/Hora: 09/07/2019 13:43:33

Impresso por: LIZINEIA SORANZO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado					
Dados do Profissional Solicitante						
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
1 -	408031.00	hxp 40 dab hox e AP + D				
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.
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 - Data de Realização de Procedimentos em SÁTE 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -						
2 -						
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$)						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)						
61 - Total de Materiais (R\$)						
62 - Total de OPME (R\$)						
63 - Total de Medicamentos (R\$)						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)						
65 - Total Geral (R\$)						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
Pedro Henrique de Sá Neves CRM/PR 39.591						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
Giovanna da Silva						
68 - Assinatura do Contratado						

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 263953 Pedido: 876477
Paciente: **GIOVANNA COSTA DA SILVA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: PEDRO HENRIQUE DE SA NEVES

Data Pedido: 01/07/2019 17:42:00
Data Laudo: 04/07/2019 15:26:32

RADIOGRAFIA DO 4 ° 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.



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Giovanna Costa da Silva

Nº da guia: 1087

Nº da carteirinha: 3.7.5323

Data Nascimento: 06/09/2005

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2019	16:07:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
A bola bateu na mão e virou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ivanildo	(45) 3051-5501

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
Há inchaço e a aluna reclama de muita 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 - 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 2854988000000

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 2854988000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 26/06/2019	5 - Senha 2854988000	10 - Nome GABRIEL BAUMANN SARAIVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 377827	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	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
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	17 - UF - Código CBO 41	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 26/06/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
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	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/06/2019 12:58 22 40801039 RX - CRANIO - 4 INCIDENCIAS				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 58.77 58.77				
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\$) 58.77				
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\$) 58.77				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



SEIOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

EMERGENCIA/CONVENIO

3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data da Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário
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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red. Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref.
49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora
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 Honorários (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

Assinatura do Responsável pela Autorização
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
68 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
69 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
71 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
72 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
74 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
75 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
77 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
78 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
80 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
81 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
83 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
84 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
86 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
87 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
89 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
90 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
92 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
93 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
95 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
96 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
98 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
99 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
101 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
102 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
104 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
105 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
107 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
108 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
110 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
111 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
113 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
114 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
116 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
117 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
119 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
120 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
122 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
123 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
125 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
126 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
128 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
129 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
131 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
132 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
134 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
135 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
137 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
138 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
140 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
141 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
143 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
144 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
146 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
147 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
149 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
150 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
152 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
153 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
155 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
156 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
158 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
159 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
161 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
162 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
164 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
165 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
167 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
168 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
170 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado
171 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Profissional Solicitante
173 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	357368	Pedido:	874645		
Paciente:	GABRIEL BAUMANN SARAIVA				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN			Data Pedido:	26/06/2019 12:58:00
				Data Laudo:	26/06/2019 13:39:09

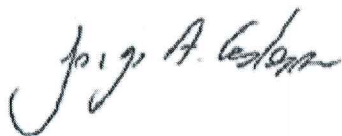
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: 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

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Danieli

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Danieli

Data

26/06/2019

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

Assinatura:

Sérgio Alves

CLEBERSON LUZ
Coordenador de Disciplina

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 - SPI/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 2848096000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2848096000	6 - Data de Validade da Senha 2848096000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2848096000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome IVANA RODRIGUES AILAN		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 WILLIAMS OFORIADJEI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 32167	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 19/06/2019	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					
31 - Tipo Atendimento 05	32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	33 - Tipo de Consulta 9	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
35 - Data 37-Hr-Inicial 38-Hr-Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 19/06/2019 10:40 10:40 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO	42-Qtde. 43-Via 44-téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 39.79 39.79				
Identificação do(a) Profissional(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 -
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



Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 70150 Pedido: 872412

Paciente: **IVANA RODRIGUES AILAN**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: WILLIAMS OFORI ADJEI

Data Pedido: 19/06/2019 10:40:00

Data Laudo: 26/06/2019 13:51:09

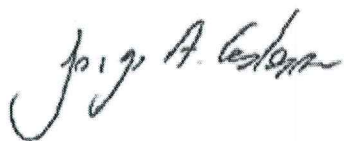
RADIOGRAFIA DE PÉ ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



284896
872412

REQUISIÇÃO DE EXAME

☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome JUANA RODRIGUES Nº Registro _____
 Idade _____ Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☒ Convênio ☐ SUS
 Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) _____
 2) _____
 3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____
 Resumo Clínico RX Rē AP + OPA

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

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

Técnico R.X

Ctba, _____ de _____ de _____ Médico - CRM

Cód 246

Williams Oton Adel
 Médico
 CRM-PR 32187

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ivana Rodrigues Ailán

Nº da guia: 922

Nº da carteirinha: 3.30.1750

Data Nascimento: 01/11/2008

Escola: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

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

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carine	41 9599-7960

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carine	17/05/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

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

Assinatura: _____

Hedyana Ribeiro

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 **2845681000000**

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 2845681000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 17/06/2019	5 - Senha 2845681000	10 - Nome LEONARDO AUGUSTO DA SILVA GUIMARAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 367302	9 - Validade da Carteira 31/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE DE SA NEVES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39591		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/06/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 17/06/2019 17:28 22 40803120	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803120 RX - MAO OU QUIPODACTILO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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 - 17/06/2019	2 - 17/06/2019	3 - 17/06/2019	4 - 17/06/2019	5 - 17/06/2019
6 - 17/06/2019	7 - 17/06/2019	8 - 17/06/2019	9 - 17/06/2019	10 - 17/06/2019
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				



SEI TOR

2. Nº de matrícula: _____

EMERGÊNCIA/CONVÊNIO

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do 22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./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

367302

Carvalho Francisco

40803120

hys nos D AB + obliquo

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	495458	Pedido:	871702		
Paciente:	LEONARDO AUGUSTO DA SILVA GUIMARAES				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	PEDRO HENRIQUE DE SA NEVES			Data Pedido:	17/06/2019 17:28:00
				Data Laudo:	04/07/2019 16:55:30

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



LUCAS AZEVEDO LOPES DE ANDRADE
CRM: 35637

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 lurchação dos dedos indicadores e médio da mão direita. Fez um pequeno corte em cima dos dedos

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Maria Elena	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Mari	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 - 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 2842326000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2842326000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2842326000
4 - Data de Autorização 14/06/2019	5 - Senha 2842326000		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUCAS EDUARDO QUEVEDO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270			
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 ou Item Assistencial
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 14/06/2019 12:03 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 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			



Clín. Adventista



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISICÃO DE EXAME

Vanderleia
Guimarães
2842326

80'960 036.08

☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Lucas Nº Registro _____

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

Clínica Rx AMB. EMERG. Quarto Leito _____

Exames Requisitados: 1) AP 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, _____ de _____ de _____

Médico - CRM

Cód 246

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM 25.940
Ortopedia e Traumatologia

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 493428 Pedido: 870582
Paciente: **LUCAS EDUARDO QUEVEDO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

Data Pedido: 14/06/2019 12:03:00
Data Laudo: 27/06/2019 07:46:52

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

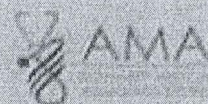
Exame de controle realizado com imobilização gessada.

Relações articulares preservadas.



LUCAS AZEVEDO LOPES DE ANDRADE
CRM: 35637

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lucas Eduardo Quevedo

Nº da guia: 1030

Nº da carteirinha: 3.6.6298

Data Nascimento: 02/06/2001

Escola: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2019	11:45:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

No dia 30/05/19 na aula de Educação Física no período da manhã o aluno foi chutar a bola e perdeu o equilíbrio torcendo o pé. Procurou atendimento no dia 31/05. Teve o pé imobilizado. Foi solicitado retorno na data de hoje.

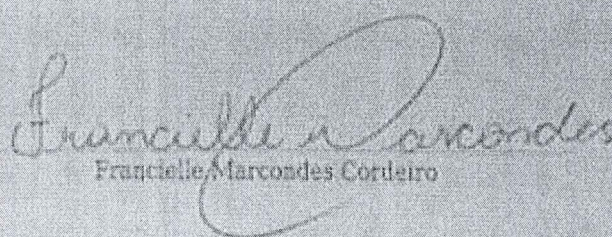
Testemunha da ocorrência	Telefone
Francielle Marcondes	(41) 3051-8520

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

Solicitamos atendimento de retorno conforme solicitação médica do dia 31/05 para retornar na data de hoje.

Assinatura:


Francielle Marcondes Cordeiro

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

atendimento@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 2856689000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2856689000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2856689000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome LUMA BASTOS GONCALVES				
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38243	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 27/06/2019	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 do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada					
34 - Tipo de Consulta						
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição						
1 27/06/2019 19:30 22 40804054 RX - JOELHO						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total						
001 1.0 39.79 39.79						
Identificação do 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\$) 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						



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		10 - Nome		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Descrição	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Descrição		26 - Descrição	
24 - Descrição		25 - Descrição		26 - Descrição		27 - Descrição		28 - Descrição		29 - Descrição	
27 - Descrição		28 - Descrição		29 - Descrição		30 - Descrição		31 - Descrição		32 - Descrição	
30 - Descrição		31 - Descrição		32 - Descrição		33 - Descrição		34 - Descrição		35 - Descrição	
33 - Descrição		34 - Descrição		35 - Descrição		36 - Descrição		37 - Descrição		38 - Descrição	
36 - Descrição		37 - Descrição		38 - Descrição		39 - Descrição		40 - Descrição		41 - Descrição	
39 - Descrição		40 - Descrição		41 - Descrição		42 - Descrição		43 - Descrição		44 - Descrição	
42 - Descrição		43 - Descrição		44 - Descrição		45 - Descrição		46 - Descrição		47 - Descrição	
45 - Descrição		46 - Descrição		47 - Descrição		48 - Descrição		49 - Descrição		50 - Descrição	
48 - Descrição		49 - Descrição		50 - Descrição		51 - Descrição		52 - Descrição		53 - Descrição	
51 - Descrição		52 - Descrição		53 - Descrição		54 - Descrição		55 - Descrição		56 - Descrição	
54 - Descrição		55 - Descrição		56 - Descrição		57 - Descrição		58 - Descrição		59 - Descrição	
57 - Descrição		58 - Descrição		59 - Descrição		60 - Descrição		61 - Descrição		62 - Descrição	
60 - Descrição		61 - Descrição		62 - Descrição		63 - Descrição		64 - Descrição		65 - Descrição	
63 - Descrição		64 - Descrição		65 - Descrição		66 - Descrição		67 - Descrição		68 - Descrição	
66 - Descrição		67 - Descrição		68 - Descrição		69 - Descrição		70 - Descrição		71 - Descrição	
69 - Descrição		70 - Descrição		71 - Descrição		72 - Descrição		73 - Descrição		74 - Descrição	
72 - Descrição		73 - Descrição		74 - Descrição		75 - Descrição		76 - Descrição		77 - Descrição	
75 - Descrição		76 - Descrição		77 - Descrição		78 - Descrição		79 - Descrição		80 - Descrição	
78 - Descrição		79 - Descrição		80 - Descrição		81 - Descrição		82 - Descrição		83 - Descrição	
81 - Descrição		82 - Descrição		83 - Descrição		84 - Descrição		85 - Descrição		86 - Descrição	
84 - Descrição		85 - Descrição		86 - Descrição		87 - Descrição		88 - Descrição		89 - Descrição	
87 - Descrição		88 - Descrição		89 - Descrição		90 - Descrição		91 - Descrição		92 - Descrição	
90 - Descrição		91 - Descrição		92 - Descrição		93 - Descrição		94 - Descrição		95 - Descrição	
93 - Descrição		94 - Descrição		95 - Descrição		96 - Descrição		97 - Descrição		98 - Descrição	
96 - Descrição		97 - Descrição		98 - Descrição		99 - Descrição		100 - Descrição		101 - Descrição	
99 - Descrição		100 - Descrição		101 - Descrição		102 - Descrição		103 - Descrição		104 - Descrição	
102 - Descrição		103 - Descrição		104 - Descrição		105 - Descrição		106 - Descrição		107 - Descrição	
105 - Descrição		106 - Descrição		107 - Descrição		108 - Descrição		109 - Descrição		110 - Descrição	
108 - Descrição		109 - Descrição		110 - Descrição		111 - Descrição		112 - Descrição		113 - Descrição	
111 - Descrição		112 - Descrição		113 - Descrição		114 - Descrição		115 - Descrição		116 - Descrição	
114 - Descrição		115 - Descrição		116 - Descrição		117 - Descrição		118 - Descrição		119 - Descrição	
117 - Descrição		118 - Descrição		119 - Descrição		120 - Descrição		121 - Descrição		122 - Descrição	
120 - Descrição		121 - Descrição		122 - Descrição		123 - Descrição		124 - Descrição		125 - Descrição	
123 - Descrição		124 - Descrição		125 - Descrição		126 - Descrição		127 - Descrição		128 - Descrição	
126 - Descrição		127 - Descrição		128 - Descrição		129 - Descrição		130 - Descrição		131 - Descrição	
129 - Descrição		130 - Descrição		131 - Descrição		132 - Descrição		133 - Descrição		134 - Descrição	
132 - Descrição		133 - Descrição		134 - Descrição		135 - Descrição		136 - Descrição		137 - Descrição	
135 - Descrição		136 - Descrição		137 - Descrição		138 - Descrição		139 - Descrição		140 - Descrição	
138 - Descrição		139 - Descrição		140 - Descrição		141 - Descrição		142 - Descrição		143 - Descrição	
141 - Descrição		142 - Descrição		143 - Descrição		144 - Descrição		145 - Descrição		146 - Descrição	
144 - Descrição		145 - Descrição		146 - Descrição		147 - Descrição		148 - Descrição		149 - Descrição	
147 - Descrição		148 - Descrição		149 - Descrição		150 - Descrição		151 - Descrição		152 - Descrição	
150 - Descrição		151 - Descrição		152 - Descrição		153 - Descrição		154 - Descrição		155 - Descrição	
153 - Descrição		154 - Descrição		155 - Descrição		156 - Descrição		157 - Descrição		158 - Descrição	
156 - Descrição		157 - Descrição		158 - Descrição		159 - Descrição		160 - Descrição		161 - Descrição	
159 - Descrição		160 - Descrição		161 - Descrição		162 - Descrição		163 - Descrição		164 - Descrição	
162 - Descrição		163 - Descrição		164 - Descrição		165 - Descrição		166 - Descrição		167 - Descrição	
165 - Descrição		166 - Descrição		167 - Descrição		168 - Descrição		169 - Descrição		170 - Descrição	
168 - Descrição		169 - Descrição		170 - Descrição		171 - Descrição		172 - Descrição		173 - Descrição	
171 - Descrição		172 - Descrição		173 - Descrição		174 - Descrição		175 - Descrição		176 - Descrição	
174 - Descrição		175 - Descrição		176 - Descrição		177 - Descrição		178 - Descrição		179 - Descrição	
177 - Descrição		178 - Descrição		179 - Descrição		180 - Descrição		181 - Descrição		182 - Descrição	
180 - Descrição		181 - Descrição		182 - Descrição		183 - Descrição		184 - Descrição		185 - Descrição	
183 - Descrição		184 - Descrição		185 - Descrição		186 - Descrição		187 - Descrição		188 - Descrição	
186 - Descrição		187 - Descrição		188 - Descrição		189 - Descrição		190 - Descrição		191 - Descrição	
189 - Descrição		190 - Descrição		191 - Descrição		192 - Descrição		193 - Descrição		194 - Descrição	
192 - Descrição		193 - Descrição		194 - Descrição		195 - Descrição		196 - Descrição		197 - Descrição	
195 - Descrição		196 - Descrição		197 - Descrição		198 - Descrição		199 - Descrição		200 - Descrição	

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 257513	Pedido: 875265	
Paciente: LUMA BASTOS GONCALVES		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	Data Pedido: 27/06/2019 19:30:00	
	Data Laudo: 04/07/2019 15:20:05	

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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


MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luma Bastos Gonçalves

Nº da guia: 1083

Nº da carteirinha: 3.7.7377

Data Nascimento: 30/01/2007

Escola: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2019	17:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

A aluna pisou em falso e diz sentir o joelho deslocado.

Testemunha da ocorrência

Ivanildo

Telefone

(41) 3051-8550

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

Observações

A aluna reclama de muita 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 - 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	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2838662000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 11/06/2019	5 - Senha 2838662000	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		10 - Nome MARIANA CORA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002360980035
8 - Número da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
13 - Código da Operadora 76591569000130	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38243	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/06/2019
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563
29 - Código na Operadora 76591569000130	32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9
Dados do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 11/06/2019 16:32 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 2 11/06/2019 16:32 22 40804097 RX - PE OU FODODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13 001 1.0 39.79 39.79	
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.92	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 77.92	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	13 - Código na Operadora
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante			
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional			
17 - Número no Conselho		18 - UF			
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação			
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
27 - Hora Inicial		28 - Hora Final			
29 - Hora Final		30 - Nome do Contratado			
31 - Código na Operadora		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 Contratado			

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	24244	Pedido:	869366
Paciente:	MARIANA CORA		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	PAULO RAPHAEL TSUTOMU KATAYAMA MIYAZAKI	Data Pedido:	11/06/2019 16:32:00
		Data Laudo:	25/06/2019 08:28:40

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

*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: 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	107 0	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.

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Assinatura:

Letícia Vieira
Gerente Financeiro
CAC

Letícia Vieira Pinto

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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