



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

RPS nº. 364754, Série: U, emitido em 10/09/2019, conversão em
10/09/2019

Número da Nota

363526

Data e Hora de Emissão

10/09/2019 00:00:00

Código de Verificação

8A5AH00H

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\$ 533,40

10 SET. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$533,40

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	533,40	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

Remessa: **130359** Competência: **09/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Entrega: **10/09/2019**



Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
22/08/2019	22/08/2019	2912614000		1549424	2912614	JHENIFFER CRISTINE FURQUII 3341985 ✓	39,79
02/09/2019	02/09/2019	2923501000		1555387	2923501	JOAO VICTOR CLAUDIO DE FA 2376262 ✓	38,13
02/09/2019	02/09/2019	2923329000		1555244	2923329	KATYE SCHUSTER MUNIZ 00000 ✓	40,62
27/08/2019	27/08/2019	2916959000		1551787	2916959	MURILO DE OLIVEIRA DA COS* 278528 ✓	39,79
02/09/2019	02/09/2019	2923410000		1555306	2923410	NICOLY RAFAELA MARIA DE SI 0000 ✓	375,07

Total : 5 533,40

Total Geral : 5 533,40



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

2 - Nº Guia no Prestador 2912614000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2912614000	
4 - Data de Autorização 22/08/2019		5 - Senha 2912614000		6 - Data de Validade da Senha 2912614000	
8 - Número da Carteira 3341985		9 - Validade da Carteira 30/11/2019		10 - Nome JHENIFFER CRISTINE FURQUIM RIBEIRO	
13 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35016	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Tipo Atendimento 05		22 - Data da Solicitação 22/08/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 22/08/2019 19:03 22 40804054		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 39.79		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado					





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

2 - Nº Guia no Prestador 2912614000000

Folha: 1 / 1

894745-2912614

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 30/11/2019		10 - Nome JHENIFFER CRISTINE FURQUIM RIBEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 3341985		9 - Validade da Carteira 30/11/2019		10 - Nome JHENIFFER CRISTINE FURQUIM RIBEIRO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35016	
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35016		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/08/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/08/2019 19:03 19:03 22 40804054 RX - JOELHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 39.79		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	



22/08/19 Montenegro

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	49985	Pedido:	894745	
Paciente:	JHENIFFER CRISTINE FURQUIM RIBEIRO			
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			
Médico Solicitante:	PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		Data Pedido:	22/08/2019 19:03:00
			Data Laudo:	29/08/2019 14:20:51

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: Jheniffer Cristine Furquim Ribeiro

Nº da guia: 1261

Nº da carteirinha: 3.34.1985

Data Nascimento: 07/04/2004

Escola: Escola Adventista Santa Efigênia-
EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2019	14:57:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

A aluna desequilibrou-se e bateu o joelho direito no chão ao pular para rebater a bola no treino de basquete para os jogos da amizade.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rogério Guimarães Correa	42 99926-5538

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edna Marli Ferreira Franco Machado 41 99971-4165	21/08/2019

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

Observações

A família levará a aluna para realizar a avaliação.

Assinatura: _____

Edna Marli Ferreira Franco Machado

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

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

Impresso por: Edna Marli Ferreira Franco
Machado

1 de 1

21/08/2019 15:10



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

2 - Nº Guia no Prestador 2923501000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2923501000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 02/09/2019	5 - Senha 2923501000	9 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376262	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome JOAO VICTOR CLAUDIO DE FARIA	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS CALDEIRA LAVRADOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37561	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/09/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 02/09/2019 20:11 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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			





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 2923501000000

Folha: 1 / 1
2923501 - 8918447

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2923501	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2923501	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 02/09/2019	5 - Senha 2923501	10 - Nome JOAO VICTOR CLAUDIO DE FARIA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2376262	9 - Validade da Carteira 30/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS CALDEIRA LAVRADOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37561		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/09/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 02/09/2019 20:11 20:11 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	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(a) Profissional(a) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gx. 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\$) 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				



Resinini Gaudio

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 479580 Pedido: 898447
Paciente: **JOAO VICTOR CLAUDIO DE FARIA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: MATEUS CALDEIRA LAVRADOR

Data Pedido: 02/09/2019 20:11:00
Data Laudo: 03/09/2019 12:33:31

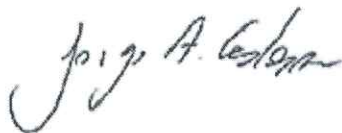
RADIOGRAFIA DO 4 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Victor Claudio de Faria

Nº da guia: 1307

Nº da carteirinha: 2.37.6262

Data Nascimento: 13/02/2008

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2019	16:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Em um lance de bola o aluno levou uma bolada forte em seu dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Dubinski	(41) 3226-3636
Lucas Dubinski	(41) 3226-3636

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O VICE DIRETOR ENTROU EM CONTATO COM A MÃE SOBRE O OCORRIDO E A MESMA DECIDIU LEVAR NO PERÍODO DA NOITE,

Assinatura:

Tânia Mara Luz De Oliveira
Tânia Oliveira
Coord. Disciplina

Christiane Pereira
Aux. Tesouraria

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

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

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

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

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

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

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

Rosimário Claudio

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/09/2019		5 - Senha 2923329000	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 000000		9 - Validade da Carteira 30/12/2019	
10 - Nome do Contratado KATYE SCHUSTER MUNIZ		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 LUIZ MULLER AVILA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/09/2019	
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 TECC-569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05	
33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 02/09/2019 15:48 22 40803112 RX - PUNHO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 40.62 40.62			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /		2 - / /	
3 - / /		4 - / /	
5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 40.62		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	





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 2923329000000

Folha: 1 / 1

2923329 - 090502

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2923329	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 02/09/2019	5 - Senha 2923329	10 - Nome KATYE SCHUSTER MUNIZ	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000	9 - Validade da Carteira 30/12/2019		
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 29757	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 02/09/2019	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
29 - Nome do Contratado 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 02/09/2019 15:48 15:48	39 - Tabela 40 - Procedimento 22 40803112 RX - FUNHO	42 - Qtde. 001	43 - Via 44 - Téc. 1.0
		45 - Fator R/Acr 40.62	46 - Valor Unitário 40.62
		47 - Valor Total 40.62	
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	3 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	8 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 40.62	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			





HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISICÃO DE EXAME

Nome Katye Muniz ☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

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

Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) Raio-X PUNTO DIRETO AD+P

2) _____

3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

RAIO-X PUNTO

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 _____

Médico - CRM

Cód 246

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 501511 Pedido: 898382

Paciente: KATYE SCHUSTER MUNIZ

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA

Data Pedido: 02/09/2019 15:48:00

Data Laudo: 03/09/2019 12:35:37

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

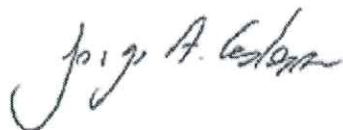
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle

Fratura no terço distal do radio

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Katye Schuster Muniz

Nº da guia: 1223

Nº da carteirinha: 2.37.6448

Data Nascimento: 16/02/2014

Escola: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2019	17:27:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna caiu em cima do braço esquerdo e o mesmo começou a inchar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thaysa da Rosa Fitz	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thaysa	14/08/2019

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 caiu em cima do braço esquerdo e o mesmo começou a inchar.

Assinatura:

Cristiane Muller
Cristiane Muller
Gerente Financeiro
CAC

Letícia Vieira Pinto

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

Rua: Argélia, nº 85
Centenário - CEP: 82.960-20
Curitiba - PR

Dr. Luiz Müller Ayala
Ortopedista e Traumatologista
FONE 39.757

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 2916959000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 27/08/2019	5 - Senha 2916959000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2916959000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278528	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome MURILO DE OLIVEIRA DA COSTA	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 ISABEL HAHN MIRANDA	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 41710	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/08/2019	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 ONES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 27/08/2019	37 - Hr. Inicial 11:39	38 - Hr. Final 11:39	39 - Tabela 22
40 - Procedimento RX - PE OU PODODACTILO	41 - Descrição 001	42 - Qtd. 1.0	43 - Via 39.79
44 - Têc. 39.79	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 39.79	47 - Valor Total 39.79
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 39.79	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2916959000000

Folha: 1 / 1

2916959 296186

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2916959	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2916959	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome MURILO DE OLIVEIRA DA COSTA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 278528				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41710	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/08/2019	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 27/08/2019 11:39 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO				
42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total				
001 1.0 39.79 39.79				
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				

EMERGÊNCIA/CONVÊNIO

1 - Registro ANS
2 - Número da Guia Principal
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
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 - RN
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - LUF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.
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 - LUF
55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Assinatura do Responsável pela Autorização
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\$)

Nome do Beneficiário: Murilo de Oliveira Costa

Nome do Contratado: Trauma

Nome do Profissional Solicitante: Isabela Miranda

Indicação Clínica: Rx do Hálux AP+P DIB

Descrição: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -

Assinatura do Beneficiário ou Responsável: [Assinatura]

Assinatura do Responsável pela Autorização: [Assinatura]

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 502683 Pedido: 896156

Paciente: **MURILO DE OLIVEIRA DA COSTA**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: ISABEL HAHN MIRANDA

Data Pedido: 27/08/2019 11:39:00

Data Laudo: 29/08/2019 15:12:56

RADIOGRAFIA DO 1 ° PODODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murilo de Oliveira da Costa

Nº da guia: 1281

Nº da carteirinha: 2.78.528

Data Nascimento: 04/01/2016

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2019	09:29:00	Refeitório	Deslocamento interno

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno bateu o dedo em um banco do refeitório, gerando sangramento e aspecto roxo na região da unha.

Testemunha da ocorrência

Edemar (monitor de Alunos)

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Erik Fernando dos Santos Araújo

Data

27/08/2019

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

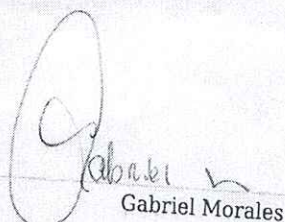
Bairro

Telefone

Observações

Foi realizado o primeiro atendimento na unidade escolar e os pais foram comunicados.

Assinatura:


Gabriel Morales

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

Impresso por: Gabriel Morales

1 de 1

27/08/2019 09:34

Edemar M. do Costa



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

2 - Nº Guia no Prestador 2923410000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2923410000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2923410000	
4 - Data de Autorização 02/09/2019		6 - Data de Validade da Senha		10 - Nome NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
8 - Número da Carteira 0000		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 16118		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Tipo Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 02/09/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.							
29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 02/09/2019 17:18 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07 375.07					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 375.07		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 375.07			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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 2923410000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2923410	6 - Data de Validade da Senha 2923410	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2923410	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA				
Dados do Solicitante						
13 - Código da 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	17 - Número no Conselho 16118	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 02/09/2019	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 (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 02/09/2019 17:18 17:18 22 41001010 TC - CRANIO OU SELLA TURCICA OU ORBITAS						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /						
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 375.07						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 375.07						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do 22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica					
Atendimento	24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição					
1 -	27 - Ordem Solic.					
2 -	28 - Ordem Aut.					
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.
1 -						43 - Valor Red/Acresc.
2 -						44 - Valor Unitário (R\$)
3 -						
4 -						
5 -						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
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: 503335 Pedido: 898416
Paciente: NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

Data Pedido: 02/09/2019 17:18:00
Data Laudo: 03/09/2019 10:36:46

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

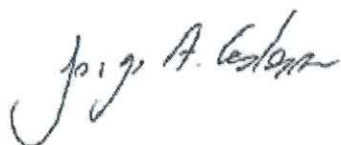
Dilatação assimétrica dos ventrículos laterais com cisto porencefálico a D

Alteração da calota craniana na região frontal D e parietal E (pós cirúrgico ?)

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

Aspecto anatômico das cisternas basais

*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: Nicolý Rafaela Maria de Souza Costa



Nº da guia: 1306

Data Nascimento: 10/05/2011

Nº da carteirinha: 2.78.358

Escola: Escola Adventista Pinhais-EIEF

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2019	14:44:00	Quadra	Aula de educação física

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

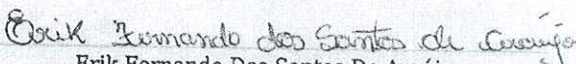
Descrição
Aluno caiu na aula de Educação Física e esbarrou na aluna e a mesma caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	02/09/2019

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
Compressa com gelo.

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

X 