

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

RPS nº. 367279, Série: U, emitido em 30/09/2019, conversão em 30/09/2019

Número da Nota

365519

Data e Hora de Emissão

30/09/2019 00:00:00

Código de Verificação

25XK210J

**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\$ 6.738,37

01 OUT 2019

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$6.738,37**

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                           | 6.738,37              | 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: **2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. SOCORRO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **131515** Competência: **09/2019**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Entrega:



Nota Fiscal

Período

| Início          | Termino    | Guia TISS  | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Nr. Carteira                      | Valor    |
|-----------------|------------|------------|------|----------|-------------|-----------------------------------|----------|
| 04/09/2019      | 04/09/2019 | 2925795000 |      | 1556493  | 2925795     | ANA CAROLINA PIMENTEL DE , 123258 |          |
| 13/09/2019      | 13/09/2019 | 2935559000 |      | 1561560  | 2935559     | ANTONY FERREIRA ALVES 123369      | 1.172,08 |
| 27/08/2019      | 27/08/2019 | 2917182000 |      | 1551858  | 2917182     | ARTHUR MARQUARDT 3341379          | 1.172,08 |
| 13/09/2019      | 13/09/2019 | 2935118000 |      | 1561343  | 2935118     | LUCAS EDUARDO SILVA 2336572       | 1.172,08 |
| 09/09/2019      | 09/09/2019 | 2930210000 |      | 1558838  | 2930210     | LUCAS SANTOS PEREIRA 3263619      | 168,15   |
| 02/09/2019      | 02/09/2019 | 2923530000 |      | 1561355  | 2923530     | NICOLY RAFAELA MARIA DE S, 278358 | 1.172,08 |
| 19/09/2019      | 19/09/2019 | 2941678000 |      | 1564866  | 2941678     | PEDRO SOARES GOMES 3267952        | 438,89   |
| 09/09/2019      | 09/09/2019 | 2930191000 |      | 1558821  | 2930191     | RUAN MATHEUS DUNGA DE J, 278704   | 1.177,35 |
| Total : 8       |            |            |      |          |             |                                   | 6.738,37 |
| Total Geral : 8 |            |            |      |          |             |                                   | 6.738,37 |

Atendimento: 2925795 - ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA Lote: 1556493 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA  
Convênio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: PAULA RUBIO VILAR / 34755  
Guia.....: 2925795000 Validade.:  
Carteira.: 00000 Validade.: 31/12/2019 Titular...: ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA  
: AVENIDA MARINGA - DE 2554 AO FIM - LADO PAR

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor               | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total    |
|---------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                 |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 102,88    |       |          |       | 102,88   |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                         |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 2,43      |       |          |       | 2,43     |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                     |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 2,59      |       |          |       | 2,59     |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                 |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 1.064,18  |       |          |       | 1.064,18 |
| Total da Conta:                             |           |       |          |       | 1.172,08 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |           |       |          |       | 1.328,58 |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE  
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Unid./Ativ.

UN

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 102,8800    | 102,88   |

Total do Setor: 102,88

Total de TAXAS DE USO DE SALA: 102,88

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.

Unid./Ativ.

AMP

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 3    | 0,8100      | 2,43     |

Total do Setor: 2,43

Total de MEDICAMENTOS: 2,43

### **MATERIAIS SIMPRO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

0005195049 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO

Unid./Ativ.

PAR

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 2,5900      | 2,59     |

Total do Setor: 2,59

Total de MATERIAIS SIMPRO: 2,59

### **MATERIAIS BRASINDICE**

133 EMERGENCIA CONVENIOS

Atendimento: 2925795 - ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA Lote: 1556493 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

### MATERIAIS BRASINDICE

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAO | UN          | 10   | 0,6480      | 6,48     |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER              | CM          | 15   | 0,0405      | 0,60     |
| 0000277142 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                             | UN          | 1    | 1.057,1040  | 1.057,10 |
| Total do Setor:                                                       |             |      |             | 1.064,18 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                        |             |      |             | 1.064,18 |
| Total da Conta:                                                       |             |      |             | 1.172,08 |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 04/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | PAULA RUBIO VILAR 34755 04432384999          | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

#### CIRURGIA PLASTICA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF                    | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 04/09/2019                                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | PAULA RUBIO VILAR 34755 04432384999                             | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                                 |             |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                                 |             |         |      |             | 1.328,58 |



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 2925795000000

Folha: 1 / 1

|                                                            |  |                                                             |  |                                                                    |  |                                                 |  |                                                                                                  |  |                                                                                                 |  |                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                 |  | 3 - Número da Guia Principal                                |  | 5 - Senha<br>2925795000                                            |  | 6 - Data de Validade da Senha                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2925795000                                        |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                         |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                   |  |
| 4 - Data de Autorização<br>04/09/2019                      |  | 5 - Senha<br>2925795000                                     |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                             |  | 10 - Nome<br>ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                          |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                      |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>00000                            |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                      |  | 10 - Nome<br>ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA                    |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde         |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                             |  | 17 - Número no Conselho<br>34755                                   |  | 18 - UF<br>41                                   |  | 19 - Código CBO<br>225230                                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                     |  | 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                             |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>04/09/2019                     |  | 23 - Indicação Clínica                                      |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial |  | 26 - Descrição                                  |  | 27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                                                             |  | 29 - Código CBO<br>30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                         |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento      |  | 36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição                     |  | 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total                         |  | 48-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\$)<br>0.00                                    |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88             |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>1066.77                    |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                   |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>2.43        |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>1172.08                                                               |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                              |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável             |  | 68 - Assinatura do Contratado                               |  | 69 - Assinatura do Profissional                                    |  | 70 - Assinatura do Profissional                 |  | 71 - Assinatura do Profissional                                                                  |  | 72 - Assinatura do Profissional                                                                 |  | 73 - Assinatura do Profissional                                              |  |



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                                                                          |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------|-----------------|-------------------|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                         | 000000         | 2 - Número da Guia Referenciada | 2925795000   | 5 - Código CNES | 15563             |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Dados do Contratado Executante                                                           |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - Código na Operadora                                                                  | 76591569000130 |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 4 - Nome do Contratado                                                                   |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                        |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Despesas Realizadas                                                                      |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 6-CD                                                                                     | 7-Data         | 8-Hora Inicia                   | 9-Hora Final | 10-Tabela       | 11-Código do Item | 12-Qtde.   | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |
| 1 - 02                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        | a            | 16:11:31        | 00                | 0000012002 | 3                    | 001                     | 1.00                    | 0.81                               | 2.43                 |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML                                        |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 2 - 03                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        |              | 16:11:31        | 00                | 0000045635 | 10                   | 036                     | 1.00                    | 0.64                               | 6.48                 |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAI0 GAMA 166 460 |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - 03                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        |              | 16:11:31        | 00                | 0000045692 | 15                   | 038                     | 1.00                    | 0.04                               | 0.60                 |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 4 - 03                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        |              | 16:11:31        | 00                | 0000277142 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 1057.10                            | 1057.10              |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 5 - 03                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        |              | 16:11:31        | 00                | 0005195049 | 1                    | 048                     | 1.00                    | 2.59                               | 2.59                 |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.5-MUCAMBO                                       |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 6 - 07                                                                                   | 04/09/2019     | 16:11:31                        |              | 16:11:31        | 18                | 60023384   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 102.88                             | 102.88               |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                 |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 0.00                                                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                                         |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 2.43                                                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                                            |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 1066.77                                                                                  |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 24 - Total de OPME (R\$)                                                                 |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 0.00                                                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 102.88                                                                                   |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 26 - Total de Diárias (R\$)                                                              |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 0.00                                                                                     |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                                   |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 1172.08                                                                                  |                |                                 |              |                 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |

Impresso por: EDUARDA PEREIRA

Data/Hora: 12/09/2019 11:47:53

Contat/Lote: 1556493

Atendimento: 2925795

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA





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 2925795000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                        | 3 - Número da Guia Principal<br>2925795000000                                | 6 - Data de Validade da Senha<br>2925795000                                                                                                                                                                                                          | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2925795000                                                              | 12 - Atendimento a RN<br>N                                       |
| 4 - Data de Autorização<br>04/09/2019                                             | 5 - Senha<br>2925795000                                                      | 10 - Nome<br>ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA                                                                                                                                                                                                      | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                |                                                                  |
| Dados do Beneficiário                                                             |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 8 - Número da Carteira<br>000000                                                  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANTARA                                                                                                                                                                                                      | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                |                                                                  |
| Dados do Solicitante                                                              |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                        | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR                                                                                                                                                                                           | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                        | 17 - Número no Conselho<br>34755                                 |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                         |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>04/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                                               | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                     | 26 - Descrição<br>27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.                |
| Dados do Contratado Executante                                                    |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                    | 30 - Nome do Contratado<br>PAULA RUBIO VILAR                                 | 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                                                                                            | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                            | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2 |
| Dados do Atendimento                                                              |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                        | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                   | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 04/09/2019 16:11 16:11 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO<br>2 04/09/2019 16:11 16:11 22 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 100.00<br>001 1.0 56.50 |                                                                  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                  |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO           | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                     | 58 - Observação / Justificativa                                                                                        |                                                                  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>156.50                                       | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                                                                | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                       | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                         |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                      | 65 - Total Geral (R\$)<br>156.50                                             | 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 2925795000000

|                                                   |  |                                                                              |  |                                                |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                        |  | 3 - Número da Guia Principal                                                 |  | 6 - Data Validade da Senha                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde            |  | 12 - Atendimento a RN                        |  |
| 4 - Data da Autorização<br>04/09/2019             |  | 5 - Senha<br>ATIVO                                                           |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019         |  | 10 - Nome<br>ANA CAROLINA PIMENTEL DE ALCANT |  |                                          |  | N                                            |  |
| 8 - Número da Carteira<br>00000                   |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                                |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130        |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR                   |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                |  | 17 - Número no Conselho<br>34755             |  | 18 - UF<br>41                            |  | 19 - Código CBO<br>225230                    |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante       |  | 21 - Caráter Atendim.<br>2                                                   |  | 22 - Data da Solicitação<br>04/09/2019         |  | 23 - Indicação Clínica                       |  | 24 - Tabela                              |  | 25 - Código do Procedimento                  |  |
| 26 - Descrição                                    |  | 27 - Ql Solic.                                                               |  | 28 - Ql Autoriz.                               |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130        |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                      |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                       |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>2             |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                     |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   |  |                                          |  |                                              |  |
| 36 - Data                                         |  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final                                            |  | 39 - Tabela                                    |  | 40 - Procedimento                            |  | 41 - Descrição                           |  |                                              |  |
| 42 - Ode                                          |  | 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                               |  |                                                |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
| 1 - / /                                           |  | 3 - / /                                                                      |  | 5 - / /                                        |  | 7 - / /                                      |  | 9 - / /                                  |  |                                              |  |
| 2 - / /                                           |  | 4 - / /                                                                      |  | 6 - / /                                        |  | 8 - / /                                      |  | 10 - / /                                 |  |                                              |  |
| 38 - Observações / Justificativa                  |  |                                                                              |  |                                                |  |                                              |  |                                          |  |                                              |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>0.00            |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>39.76                                   |  | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0.00             |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00             |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>39.76                   |  | 66 - Assinatura do Responsável por Autorização                               |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 68 - Assinatura do Contratado                |  |                                          |  |                                              |  |
| ACESSOPRD                                         |  | Data/Hora: 04/09/2019 16:26:21                                               |  | Conta/Lote: 1556493                            |  | Atendimento: 2925795                         |  | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  | 1556493                                      |  |
|                                                   |  |                                                                              |  |                                                |  |                                              |  |                                          |  | 1 / 1                                        |  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Ana Carolina Pimentel de Alcantara

**Nº da guia:** 1318

**Nº da carteirinha:** 2.78.628

**Data Nascimento:** 15/05/2012

**Escola:** Escola Adventista Pinhais-EIEF

| Data da Ocorrência | Horário  | Local    | Atividade                |
|--------------------|----------|----------|--------------------------|
| 04/09/2019         | 15:19:00 | Corredor | Intervalo (Ex.: recreio) |

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

Rosto

## Descrição

Durante o intervalo a aluna estava correndo e bateu seu queixo na parede. Houve um pequeno corte no local.

## Testemunha da ocorrência

Monitora Paloma

## Telefone

(41) 3097-7450

## Quem prestou primeiros socorros

Erik

## Data

04/09/2019

## Local de atendimento

## Endereço

## Nº Bairro

## Telefone

Atendimento no próprio estabelecimento

## Observações

Foi aplicado gelo no local.

Assinatura: *Erik Fernando dos Santos de Araújo*  
Erik Fernando Dos Santos De Araújo

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

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

Atendimento: 2935559 - ANTONY FERREIRA ALVES Lote: 1561560 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: ANTONY FERREIRA ALVES  
Convênio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Médico/CRM: PAULA RUBIO VILAR / 34755  
Guia.....: 2935559000 Validade.:  
Carteira.: 00000 Validade.: 31/12/2019 Titular.: ANTONY FERREIRA ALVES  
: RUA OSWALDO WALKOWSKI

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor                      | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                        |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 102,88    |       |          |       | 102,88          |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                                |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 2,43      |       |          |       | 2,43            |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                            |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 2,59      |       |          |       | 2,59            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                        |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 1.064,18  |       |          |       | 1.064,18        |
| <b>Total da Conta:</b>                             |           |       |          |       | <b>1.172,08</b> |
| <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> |           |       |          |       | <b>1.328,58</b> |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE  
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Unid./Ativ.

UN

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 102,8800    | 102,88   |

Total do Setor: 102,88

Total de TAXAS DE USO DE SALA: 102,88

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.

Unid./Ativ.

AMP

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 3    | 0,8100      | 2,43     |

Total do Setor: 2,43

Total de MEDICAMENTOS: 2,43

### **MATERIAIS SIMPRO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

0005195049 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO

Unid./Ativ.

PAR

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 2,5900      | 2,59     |

Total do Setor: 2,59

Total de MATERIAIS SIMPRO: 2,59

### **MATERIAIS BRASINDICE**

133 EMERGENCIA CONVENIOS

Atendimento: 2935559 - ANTONY FERREIRA ALVES Lote: 1561560 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

### MATERIAIS BRASINDICE

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13  | UN          | 10   | 0,6480      | 6,48     |
| 0000045692 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAI0          | CM          | 15   | 0,0405      | 0,60     |
| 0000277142 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 | UN          | 1    | 1.057,1040  | 1.057,10 |
| M - CREMER                                    |             |      |             |          |
| HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                |             |      |             |          |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 1.064,18 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                |             |      |             | 1.064,18 |
| Total da Conta:                               |             |      |             | 1.172,08 |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 13/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | PAULA RUBIO VILAR 34755 04432384999          | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

#### CIRURGIA PLASTICA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF      | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 13/09/2019                                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | desbridamento                                     |             |         |      |             |          |
|                                             | PAULA RUBIO VILAR 34755 04432384999               | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                   |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |                                                   |             |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                   |             |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                   |             |         |      |             | 1.328,58 |



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 2935559000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                                            |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 |                                                            |                                                           |
| 4 - Data de Autorização<br>13/09/2019                                                            | 5 - Senha<br>2935559000                                                      | 6 - Data de Validade da Senha                              | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2935559000 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 8 - Número da Carteira<br>00000                                                                  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>ANTONY FERREIRA ALVES                         | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                   |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR | 12 - Atendimento a RN<br>N                                |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>13/09/2019                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6                            | 17 - Número no Conselho<br>34755                          |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |                                                                              | 18 - UF<br>41                                              | 19 - Código CBO<br>225230                                 |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               |                                                                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                |                                                           |
| 26 - Descrição                                                                                   |                                                                              | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                          |                                                           |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                            |                                                           |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              | 31 - Código CNES<br>15563                                  |                                                           |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2             | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                                            |                                                           |
| Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)                                                |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                  |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 1 - / /                                                                                          | 2 - / /                                                                      | 3 - / /                                                    | 4 - / /                                                   |
| 5 - / /                                                                                          | 6 - / /                                                                      | 7 - / /                                                    | 8 - / /                                                   |
| 9 - / /                                                                                          | 10 - / /                                                                     |                                                            |                                                           |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                                            |                                                           |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>0.00                                                        |                                                                              | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88             | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>1066.77                  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |                                                                              | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>2.43                   | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00              |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>1172.08                                                                |                                                                              | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização            |                                                           |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              | 68 - Assinatura do Contratado                              |                                                           |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------------------|-----|-----------------------------|---------|------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                               |    | 2 - Número da Guia Referenciada<br>2935559000                                                                                                                                                                                                                          |          | 5 - Código CNES<br>15563      |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO              |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| Dados do Contratado Executante                                                           |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                |    | 6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$ 17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante 19-Nº Autorização de Funcionamento |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| Despesas Realizadas                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 1 -                                                                                      | 02 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 | a                             | 16:30:48 | 00                       | 0000012002 | 3                                    | 001 | 1,00                        | 0,81    | 2,43                   |  |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML                                        |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 2 -                                                                                      | 03 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 |                               | 16:30:48 | 00                       | 0000045635 | 10                                   | 036 | 1,00                        | 0,64    | 6,48                   |  |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAI0 GAMA 166.460 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 3 -                                                                                      | 03 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 |                               | 16:30:48 | 00                       | 0000045692 | 15                                   | 038 | 1,00                        | 0,04    | 0,60                   |  |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 4 -                                                                                      | 03 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 |                               | 16:30:48 | 00                       | 0000277142 | 1                                    | 036 | 1,00                        | 1057,10 | 1057,10                |  |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 5 -                                                                                      | 03 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 |                               | 16:30:48 | 00                       | 0005195049 | 1                                    | 048 | 1,00                        | 2,59    | 2,59                   |  |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 6 -                                                                                      | 07 | 13/09/2019                                                                                                                                                                                                                                                             | 16:30:48 |                               | 16:30:48 | 18                       | 60023384   | 1                                    | 036 | 1,00                        | 102,88  | 102,88                 |  |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                               |          |                          |            |                                      |     |                             |         |                        |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                     |    | 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                                                                                                                                                                                       |          | 23 - Total de Materiais (R\$) |          | 24 - Total de OPME (R\$) |            | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |     | 26 - Total de Diárias (R\$) |         | 27 - Total Geral (R\$) |  |
| 0,00                                                                                     |    | 2,43                                                                                                                                                                                                                                                                   |          | 1066,77                       |          | 0,00                     |            | 102,88                               |     | 0,00                        |         | 1172,08                |  |

Impresso por: EDUARDA PEREIRA

Data/Hora: 19/09/2019 15:21:45

Conta/Lote: 1561560

Atendimento: 2935559

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



|                                                                                                  |                                                                              |                                                           |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal<br>2935559000000                                |                                                           |                                            |
| 4 - Data de Autorização<br>13/09/2019                                                            | 5 - Senha<br>2935559000                                                      | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2935559000 |                                            |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                           |                                            |
| 8 - Número da Carteira<br>00000                                                                  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>ANTONY FERREIRA ALVES                        | 12 - Atendimento a RN<br>N                 |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                           |                                            |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                           |                                            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>34755                          | 18 - UF<br>41                              |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                      |                                                                              | 22 - Código CBO<br>225230                                 |                                            |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                           |                                            |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>13/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                    |                                            |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               |                                                                              |                                                           |                                            |
| 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.                                                                  |                                                                              |                                                           |                                            |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                           |                                            |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                                   | 30 - Nome do Contratado<br>PAULA RUBIO VILAR                                 |                                                           |                                            |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                           |                                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                | 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 13/09/2019 16:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                        |                                                                              |                                                           |                                            |
| 2 13/09/2019 16:30 22 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM                |                                                                              |                                                           |                                            |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                                           |                                            |
| 001 1.0 100.00 100.00                                                                            |                                                                              |                                                           |                                            |
| 001 1.0 56.50 56.50                                                                              |                                                                              |                                                           |                                            |
| 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\$)<br>156.50                                                      |                                                                              |                                                           |                                            |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                           |                                            |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |                                                                              |                                                           |                                            |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |                                                                              |                                                           |                                            |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |                                                                              |                                                           |                                            |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                           |                                            |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>156.50                                                                 |                                                                              |                                                           |                                            |
| 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 2935559000000

|                                                            |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                 | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>13/09/2019            | 6 - Data Validade da Senha<br>ATIVO        | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>18140 | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                         | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| Dados do Beneficiário                                      |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 8 - Número da Carteira<br>00000                            | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>ANTONY FERREIRA ALVES |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| Dados do Solicitante                                       |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                 | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PAULA RUBIO VILAR | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>34755   | 18 - UF<br>41                              | 19 - Código CBO<br>225230                            | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Paula Vilar<br>MEDICA<br>CRM-PR 34.755 |                            |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados   |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2                               | 22 - Data da Solicitação<br>13/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica             |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 24 - Tabela<br>04                                          | 25 - Código do Procedimento                                                  | 26 - Descrição                     | 27 - Qt. Solic.                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| Dados do Contratado Executante                             |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                 | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| Dados do Atendimento                                       |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>2             | 34 - Tipo de Consulta<br>1         | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                                                      |                                                                                       |                            |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados      |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 36 - Data                                                  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final                                            | 39 - Tabela                        | 40 - Procedimento                          | 41 - Descrição                                       | 42 - Cidade                                                                           |                            |
| 30101#94 Sutura                                            |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 43 - Via                                                   |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 44 - Tec                                                   |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 45 - Fator Red./Acresc                                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                  |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 47 - Valor Total (R\$)                                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)         |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 48 - Seq. Ref.                                             | 49 - Grau Part.                                                              | 50 - Código na operadora/CPF       | 51 - Nome do Profissional                  | 52 - Conselho Profissional                           | 53 - Número no Conselho                                                               | 54 - UF                    |
| 55 - Código CBO                                            |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série          |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável             |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 58 - Observações / Justificativa                           |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                             |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                          |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 61 - Total 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                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 69 - Assinatura do Profissional                            |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 70 - Assinatura do Médico                                  |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 71 - Assinatura do Enfermeiro                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 72 - Assinatura do Técnico                                 |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 73 - Assinatura do Auxiliar                                |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 74 - Assinatura do Recepcionista                           |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 75 - Assinatura do Portador                                |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 76 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 77 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 78 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 79 - Assinatura do Auxiliar de Manutenção                  |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 80 - Assinatura do Auxiliar de Segurança                   |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 81 - Assinatura do Auxiliar de Portaria                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 82 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 83 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 84 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 85 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 86 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 87 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 88 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 89 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 90 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 91 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 92 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 93 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 94 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 95 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 96 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 97 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 98 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                     |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 99 - Assinatura do Motorista                               |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 100 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 101 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 102 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 103 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 104 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 105 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 106 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 107 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 108 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 109 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 110 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 111 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 112 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 113 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 114 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 115 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 116 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 117 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 118 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 119 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 120 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 121 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 122 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 123 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 124 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 125 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 126 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 127 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 128 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 129 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 130 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 131 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 132 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 133 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 134 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 135 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 136 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 137 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 138 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 139 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 140 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 141 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 142 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 143 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 144 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 145 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 146 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 147 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 148 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 149 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 150 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 151 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 152 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 153 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 154 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 155 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 156 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 157 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 158 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 159 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 160 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 161 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 162 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 163 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 164 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 165 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 166 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 167 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 168 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 169 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 170 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 171 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 172 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 173 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 174 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 175 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 176 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 177 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 178 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 179 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 180 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 181 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 182 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 183 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 184 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 185 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 186 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 187 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 188 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 189 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 190 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 191 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 192 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 193 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 194 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 195 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 196 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 197 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 198 - Assinatura do Motorista                              |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 199 - Assinatura do Auxiliar de Limpeza                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |
| 200 - Assinatura do Auxiliar de Cozinha                    |                                                                              |                                    |                                            |                                                      |                                                                                       |                            |

ACESSOPRD

Data/Hora: 13/09/2019 17:02:08

Conta/Lote: 1561560

Atendimento: 2935559

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1561560

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Antony Ferreira Alves  
**Nº da Carteira:** 3.34.2006  
**Instituição:** Escola Adventista Santa Efigênia-EIEF



**Data de Nascimento:** 11/06/2015      **Nº da Guia:** 1360

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade            |
|--------------------|----------|-------|----------------------|
| 13/09/2019         | 15:02:00 | Pátio | Deslocamento interno |

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

| Descrição                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava brincando e bateu a testa na parede. Abriu um corte. Foi colocado gelo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone      |
|--------------------------|---------------|
| Neusa da Silva           | 41 99700-9171 |

| Quem prestou primeiros socorros                  | Data       |
|--------------------------------------------------|------------|
| Edna Marli Ferreira Franco Machado 41 99971-4165 | 13/09/2019 |

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

| Observações                                                 |
|-------------------------------------------------------------|
| Chamamos a Ambulância para levar a criança para o hospital. |

Ass.:

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

13/09/2019

Atendimento: 2917182 - ARTHUR MARQUARDT Lote: 1551858 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: ARTHUR MARQUARDT  
Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO / 41698  
Guia.....: 2917182000 Validade.:  
Carteira.: 3341379 Validade.: 27/08/2019 Titular...: ARTHUR MARQUARDT  
: RUA SAO BARTOLOMEU

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor               | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total    |
|---------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                 |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        |           |       |          |       | 102,88   |
|                                             | 102,88    |       |          |       | 102,88   |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                         |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        |           |       |          |       | 2,43     |
|                                             | 2,43      |       |          |       | 2,43     |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                     |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        |           |       |          |       | 2,59     |
|                                             | 2,59      |       |          |       | 2,59     |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                 |           |       |          |       |          |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        |           |       |          |       | 1.064,18 |
|                                             | 1.064,18  |       |          |       | 1.064,18 |
| Total da Conta:                             |           |       |          |       | 1.172,08 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |           |       |          |       | 1.328,58 |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 102,8800    | 102,88   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 102,88   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 102,88   |

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 3    | 0,8100      | 2,43     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 2,43     |
| Total de MEDICAMENTOS:                        |             |      |             | 2,43     |

### **MATERIAIS SIMPRO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0005195016 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR | PAR         | 1    | 2,5900      | 2,59     |
| Total do Setor:                           |             |      |             | 2,59     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                |             |      |             | 2,59     |

### **MATERIAIS BRASINDICE**

133 EMERGENCIA CONVENIOS

Atendimento: 2917182 - ARTHUR MARQUARDT Lote: 1551858 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

### MATERIAIS BRASINDICE

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAI0 | UN          | 10   | 0,6480      | 6,48     |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER               | CM          | 15   | 0,0405      | 0,60     |
| 0000277142 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                              | UN          | 1    | 1.057,1040  | 1.057,10 |
| Total do Setor:                                                        |             |      |             | 1.064,18 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                         |             |      |             | 1.064,18 |
| Total da Conta:                                                        |             |      |             | 1.172,08 |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 27/08/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | LORAIN ENTRINGER FALQUETO 41698 13845665700  | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

#### CIRURGIA PLASTICA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF                    | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 27/08/2019                                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | LORAIN ENTRINGER FALQUETO 41698 13845665700                     | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                                 |             |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                                 |             |         |      |             | 1.328,58 |



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 2917182000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                  | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha    | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2917182000 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 4 - Data de Autorização<br>27/08/2019                                                                                                                                       | 5 - Senha<br>2917182000                                                      | 10 - Nome<br>ARTHUR MARQUARDT    |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                       |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 8 - Número da Carteira<br>3341379                                                                                                                                           | 9 - Validade da Carteira<br>27/08/2019                                       |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                        |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO                                                                                                         | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>41698 | 18 - UF<br>41                                             | 19 - Código CBO<br>225230               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                   |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                                                                           | 22 - Data da Solicitação<br>27/08/2019                                       | 23 - Indicação Clínica           |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição<br>27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.                                                              |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                              |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563        |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                        |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>1       | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                                       |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                                                          |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             |                                                |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   |                               |
| 48 - Sq.Ref. 49 - Or.Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional<br>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\$)<br>0.00                                                                                                                                   |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>1066.77 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>2.43 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>1172.08 |                               |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                             |                                                                              |                                  |                                                           |                                         |                                             | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                          |                                  |                                          |                                              |                                   | 68 - Assinatura do Contratado |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                                                                           |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                | 2 - Número da Guia Referenciada<br>2917182000 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 5 - Código CNES<br>15563                             |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| Dados do Contratado Executante                                                            |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                 |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| Despesas Realizadas                                                                       |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 6-CD 7-Data<br>17- Registro ANVISA do Material                                            | 8-Hora Inicia<br>13:22:00                     | 9-Hora Final<br>13:22:00                                                    | 10-Tabela<br>18-Referência do material no fabricante | 11-Código do Item<br>0000012002 | 12-Qtde.<br>3 | 13-Unidade<br>de Medida<br>001 | 14-Fator Red..<br>/ Acresc.<br>1.00 | 15-Valor Unitário - R\$<br>19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |
| 1 - 02                                                                                    | 27/08/2019                                    | a                                                                           | 13:22:00                                             | 00                              | 0000012002    | 001                            | 1.00                                | 0.81                                                          | 2.43                 |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                        |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 2 - 03                                                                                    | 27/08/2019                                    |                                                                             | 13:22:52                                             | 00                              | 0000045635    | 10                             | 036                                 | 0.64                                                          | 6.48                 |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIOS GAMA 166.460 |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 3 - 03                                                                                    | 27/08/2019                                    |                                                                             | 13:22:52                                             | 00                              | 0000045692    | 15                             | 038                                 | 0.04                                                          | 0.60                 |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                             |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 4 - 03                                                                                    | 27/08/2019                                    |                                                                             | 13:22:52                                             | 00                              | 0000277142    | 1                              | 036                                 | 1057.10                                                       | 1057.10              |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                            |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 5 - 03                                                                                    | 27/08/2019                                    |                                                                             | 13:22:52                                             | 00                              | 0005195016    | 1                              | 048                                 | 2.59                                                          | 2.59                 |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                            |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 6 - 07                                                                                    | 27/08/2019                                    |                                                                             | 13:22:52                                             | 18                              | 60023384      | 1                              | 036                                 | 102.88                                                        | 102.88               |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                  |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               |                      |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                      |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 0.00                 |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                                          |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 2.43                 |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                                             |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 1066.77              |
| 24 - Total de OPME (R\$)                                                                  |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 0.00                 |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                      |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 102.88               |
| 26 - Total de Diárias (R\$)                                                               |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 0.00                 |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                                    |                                               |                                                                             |                                                      |                                 |               |                                |                                     |                                                               | 1172.08              |



|                                                                                     |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                          | 5 - Número da Guia Principal<br>ELEGIVEL                                     | 6 - Data Validade da Senha<br>27/08/2019 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>1283 | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                        |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 8 - Número da Carteira<br>3341379                                                   | 9 - Validade da Carteira<br>27/08/2019                                       | 10 - Nome<br>ARTHUR MARQUARDT            |                                                     |                            |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                         |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                          | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                          |                                                     |                            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO                 | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>41698         | 18 - UF<br>41                                       | 19 - Código CBO<br>225230  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>LORAINÉ F. FALQUETO<br>CRM-PR 41.588 |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados</b>                     |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2                                                        | 22 - Data da Solicitação<br>27/08/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                   |                                                     |                            |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição                        | 27 - Ql. Solic.<br>28 - Ql. Autoriz.                                         |                                          |                                                     |                            |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                               |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                          | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                          |                                                     |                            |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                         |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                         | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>2             | 34 - Tipo de Consulta<br>1               | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento          |                            |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                        |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 36 - Data<br>37 - Hora Inicial 38 - Hora Final<br>39 - Tabela                       | 40 - Procedimento                                                            | 41 - Descrição                           | 42 - Qlde                                           | 43 - Via                   |
| 44 - Tec                                                                            |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 45 - Fator Red./Acresc                                                              |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                                           |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 47 - Valor Total (R\$)                                                              |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                           |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 48 - Seq. Ref.                                                                      | 49 - Grau Part.                                                              | 50 - Código na operadora/CPP             | 51 - Nome do Profissional                           | 52 - Conselho Profissional |
| 53 - Número no Conselho                                                             |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 54 - UF                                                                             |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 55 - Código CBO                                                                     |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>                            |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 58 - Observações / Justificativa                                                    |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| <b>59 - Total Procedimentos (R\$)</b>                                               |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                                   |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                                          |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 62 - Total de OPME (R\$)                                                            |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                    |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 64 - Total de Gases Médicos (R\$)                                                   |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                              |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                     |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                       |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| AGRESSOPRD Data/Hora: 27/08/2019 13:28:47                                           |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| Conta/Lote: 1551858                                                                 |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| Atendimento: 2917182                                                                |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                                            |                                                                              |                                          |                                                     |                            |
| 1 / 1                                                                               |                                                                              |                                          |                                                     |                            |



1551858

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Arthur Marquardt



**Nº da guia:** 1283

**Nº da carteirinha:** 3.34.1379

**Data Nascimento:** 19/08/2008

**Escola:** Escola Adventista Santa Efigênia-EIEF

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade            |
|--------------------|----------|--------------|----------------------|
| 27/08/2019         | 11:07:00 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

## O que aconteceu

## Partes do corpo

Queda de mesmo nível

Rosto

## Descrição

O aluno estava correndo na sala de aula, caiu e bateu o queixo na mesa da professora.

## Testemunha da ocorrência

## Telefone

Denise dos Santos Pereira

41 9543-0289

## Quem prestou primeiros socorros

## Data

Denise dos Santos Pereira 41 9543-0289

27/08/2019

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

## Observações

A família vai levar o aluno 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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

Atendimento: 2935118 - LUCAS EDUARDO SILVA Lote: 1561343 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: LUCAS EDUARDO SILVA  
Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS / 25919  
Guia.....: 2935118000 Validade.:  
Carteira.: 2336572 Validade.: 31/12/2019 Titular...: LUCAS EDUARDO SILVA  
: AVENIDA FRANCISCO FERREIRA DA CRUZ

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor               | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total  |
|---------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|--------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                 |           |       |          |       |        |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 102,88    |       |          |       | 102,88 |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                         |           |       |          |       | 102,88 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 2,43      |       |          |       | 2,43   |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b>         |           |       |          |       | 2,43   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 0,51      |       |          |       | 0,51   |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                     |           |       |          |       | 0,51   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 2,54      |       |          |       | 2,54   |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                 |           |       |          |       | 2,54   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                        | 11,44     |       |          |       | 59,79  |
| POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP               | 48,35     |       |          |       | 11,44  |
|                                             |           |       |          |       | 48,35  |
| Total da Conta:                             |           |       |          |       | 168,15 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |           |       |          |       | 324,65 |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 102,8800    | 102,88   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 102,88   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 102,88   |

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 3    | 0,8100      | 2,43     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 2,43     |
| Total de MEDICAMENTOS:                        |             |      |             | 2,43     |

### **MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento        | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 90257588 XYLESTESIN | ML          | 1    | 0,5124      | 0,51     |
| Total do Setor:     |             |      |             | 0,51     |

Atendimento: 2935118 - LUCAS EDUARDO SILVA Lote: 1561343 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

## MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO: 0,51

## MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                        | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70849250 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.0 | PAR         | 1    | 2,5480      | 2,54     |
| Total do Setor:                     |             |      |             | 2,54     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:          |             |      |             | 2,54     |

## MATERIAIS BRASINDICE

Setor 132 POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP

| Procedimento                                                       | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70014302 AGULHA HIPODERMICA 25X8<br>PRECISIONGLIDE 300054          | UN          | 1    | 1,8360      | 1,83     |
| 0000013336 FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 3-0<br>45CM AG.2,4CM 1163T | UNIDADE     | 1    | 46,5210     | 46,52    |
| Total do Setor:                                                    |             |      |             | 48,35    |

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70014221 AGULHA HIPODERMICA 13X4,5<br>PRECISIONGLIDE 300110               | UNIDADE     | 1    | 1,8360      | 1,83     |
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13<br>FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 10   | 0,6480      | 6,48     |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10<br>M - CREMER               | CM          | 20   | 0,0405      | 0,81     |
| 70705291 SERINGA SEM AG.03ML LUER-LOK<br>PLASTIPAK 990174                 | UNIDADE     | 1    | 2,3220      | 2,32     |
| Total do Setor:                                                           |             |      |             | 11,44    |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                            |             |      |             | 59,79    |
| Total da Conta:                                                           |             |      |             | 168,15   |

## Prestadores Credenciados

## CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 13/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919 04650434963  | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

## CIRURGIA PLASTICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF                       | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 13/09/2019                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem<br>desbridamento | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                             | VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919 04650434963                        | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:             |                                                                    |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA: |                                                                    |             |         |      |             | 56,50    |

---

Atendimento: 2935118 - LUCAS EDUARDO SILVA Lote: 1561343 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

---

|                                             |        |
|---------------------------------------------|--------|
| Total Credenciados:                         | 156,50 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: | 324,65 |



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 2935118000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                               |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                    | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>2935118000                                                      | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2935118000 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>13/09/2019                                                                                                                                         | 6 - Data de Validade da Senha                                                | 10 - Nome<br>LUCAS EDUARDO SILVA                                             | 18 - UF<br>41                                             | 19 - Código CBO<br>225270               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>2336572                                                                                                                                             | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                           |                                         |                                             |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                    | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>VICTOR HUGO MARIANO RAMOS           |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                                                               |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 17 - Número no Conselho<br>25919                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 22 - Data da Solicitação<br>13/09/2019                                                                                                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição                                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 27 - Qt.Solic.<br>28 - Qt.Autoriz.                                                                                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                                |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                    | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |                                         |                                             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional<br>52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                         |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                              |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 1 -                                                                                                                                                                           | 2 -                                                                          | 3 -                                                                          | 4 -                                                       | 5 -                                     | 6 -                                         |
| 7 -                                                                                                                                                                           | 8 -                                                                          | 9 -                                                                          | 10 -                                                      | 11 -                                    | 12 -                                        |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                                               |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88                                                                                                                                |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>62.33                                                                                                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>2.94                                                                                                                                      |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>168.15                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                               |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                 |                                                                              |                                                                              |                                                           |                                         |                                             |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

| 1 - Registro ANS<br>000000                                                              |            | 2 - Número da Guia Referenciada<br>2935118000                               |              | 5 - Código CNES<br>15563      |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--|
| Dados do Contratado Excitante                                                           |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130                                               |            | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| Despesas Realizadas                                                                     |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 6-CD                                                                                    | 7-Data     | 8-Hora Inicia                                                               | 9-Hora Final | 10-Tabela                     | 11-Código do Item | 12-Qtde.                 | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc.              | 15-Valor Unitário - R\$ | 16-Valor Total - R\$        |        |                        |  |
| 1 - 02                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:11                                                                    | a            | 11:11:11                      | 00                | 0000012002               | 3                    | 001                                  | 1.00                    | 0.81                        | 2.43   |                        |  |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML.                                      |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 2 - 02                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 20                | 90257588                 | 1                    | 023                                  | 1.00                    | 0.51                        | 0.51   |                        |  |
| 20 - Descrição: XYLESTESIN                                                              |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 3 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 19                | 70014221                 | 1                    | 036                                  | 1.00                    | 1.83                        | 1.83   |                        |  |
| 20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA 13X4.5 PRECISIONGLIDE 300110                         |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 4 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 19                | 70014302                 | 1                    | 036                                  | 1.00                    | 1.83                        | 1.83   |                        |  |
| 20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA 25X8 PRECISIONGLIDE 300054                           |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 5 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 00                | 0000045635               | 10                   | 036                                  | 1.00                    | 0.64                        | 6.48   |                        |  |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7.5 CM X 7.5 CM RAO GAMA 166.460 |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 6 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 00                | 0000013336               | 1                    | 036                                  | 1.00                    | 46.52                       | 46.52  |                        |  |
| 20 - Descrição: FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 3-0 45CM AG.2.4CM 1163T                    |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 7 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:11                                                                    |              | 11:11:11                      | 00                | 0000045692               | 20                   | 038                                  | 1.00                    | 0.04                        | 0.81   |                        |  |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                           |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 8 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 19                | 70849250                 | 1                    | 048                                  | 1.00                    | 2.54                        | 2.54   |                        |  |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.0                                              |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 9 - 03                                                                                  | 13/09/2019 | 11:11:00                                                                    |              | 11:11:00                      | 19                | 70705291                 | 1                    | 036                                  | 1.00                    | 2.32                        | 2.32   |                        |  |
| 20 - Descrição: SERINGA SEM AG.03ML LUER-LOK PLASTIPAK 990174                           |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 10 - 07                                                                                 | 13/09/2019 | 11:11:11                                                                    |              | 11:11:11                      | 18                | 60023384                 | 1                    | 036                                  | 1.00                    | 102.88                      | 102.88 |                        |  |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                |            |                                                                             |              |                               |                   |                          |                      |                                      |                         |                             |        |                        |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                    |            | 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                            |              | 23 - Total de Materiais (R\$) |                   | 24 - Total de OPME (R\$) |                      | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |                         | 26 - Total de Diárias (R\$) |        | 27 - Total Geral (R\$) |  |
| 0.00                                                                                    |            | 2.94                                                                        |              | 62.33                         |                   | 0.00                     |                      | 102.88                               |                         | 0.00                        |        | 168.15                 |  |



|                                                                                                                                        |                                                                              |                                        |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                             | 3 - Número da Guia Principal<br>ELEGIVEL                                     | 6 - Data Validade da Sentença<br>18139 | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                   |
| 4 - Data da Autorização<br>13/09/2019                                                                                                  | 5 - Senha<br>2336572                                                         | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019 | 10 - Nome<br>LUCAS EDUARDO SILVA                                                     |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                  |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 8 - Número da Carteira<br>76591569000130                                                                                               | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                        |                                                                                      |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>VICTOR HUGO MARIANO RAMOS                                                                     | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>25919       | 19 - Código CBO<br>225270                                                            |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                                                               |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 21 - Caracter Atendimento<br>2                                                                                                         | 22 - Data da Solicitação<br>13/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                 | 25 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Victor Hugo Ramos<br>CRM-PP 25919     |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                                                                                             | 26 - Descrição                                                               | 27 - Qt. Solic.                        | 28 - Qt. Autoriz.                                                                    |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                         |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                             | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                        |                                                                                      |
| Dados do Atendimento                                                                                                                   |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                            | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>2             | 34 - Tipo de Consulta<br>1             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                           |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                  |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 36 - Data<br>37 - Hora Inicial 38 - Hora Final                                                                                         | 39 - Tabela<br>40 - Procedimento<br>41 - Descrição                           | 42 - Qtd<br>43 - Via                   | 44 - Tec<br>45 - Fator Red./Acresc                                                   |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)                                                                                       |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                     |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 48 - Seq. Ref.<br>49 - Grau Part.                                                                                                      | 50 - Código na operadora/CPF                                                 | 51 - Nome do Profissional              | 52 - Conselho Profissional                                                           |
| 53 - Número no Conselho                                                                                                                | 54 - UF                                                                      | 55 - Código CBO                        |                                                                                      |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                       |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 1- / /                                                                                                                                 | 2- / /                                                                       | 3- / /                                 | 4- / /                                                                               |
| 5- / /                                                                                                                                 | 6- / /                                                                       | 7- / /                                 | 8- / /                                                                               |
| 9- / /                                                                                                                                 | 10- / /                                                                      |                                        |                                                                                      |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                                                       |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>0.00                                                                                                 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>39.76                                   | 61 - Total Material (R\$)<br>0.00      | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                     |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                               | 64 - Total de Gases Médicos (R\$)<br>0.00                                    | 65 - Total Geral (R\$)<br>39.76        | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>Victor Hugo Ramos<br>CRM-PP 25919 |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                         |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>Lucas Eduardo Silva<br>CRM-PP 25919                                                                   |                                                                              |                                        |                                                                                      |
| ACESSOPRD Data/Hora: 13/09/2019 14:10:50 Conta/Lote: 1561343 Atendimento: 2935118 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1561343 1/1 |                                                                              |                                        |                                                                                      |



# RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº 51755

Emergências Médicas

|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Nº SAÍDA                                                                                                                                                                                | DATA       | HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | UTI   | BASE                                                                                                                                                 | RADIO OPERADOR                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
|                                                                                                                                                                                         | 13/09/2019 | 10:34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 64    |                                                                                                                                                      | Lucas                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | IDADE                                                                                                                                                | LOCAL DO ATENDIMENTO                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| Lucas Eduardo Silva                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | 11 A                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> ÁREA PROTEGIDA <input type="checkbox"/> BASE |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | SEXO                                                                                                                                                 | TEMPO EVOLUÇÃO SINTOMAS                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| Colégio Adventista São José                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                     | DIAS HORAS MINUTOS                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| MOTIVO DO CHAMADO (queixa principal)                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| Dor no peito                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| USO DE MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                     |            | ESCALA DE GLASGOW                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| NENHUM <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |            | <div>ABERTURA OCULAR</div> <div>ESPONTANEAMENTE <input type="checkbox"/> 4</div> <div>AO CHAMADO <input type="checkbox"/> 3</div> <div>À DOR <input type="checkbox"/> 2</div> <div>SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1</div> <div>RESPOSTA VERBAL</div> <div>ORIENTADO E DIALOGA <input type="checkbox"/> 5</div> <div>CONFUSO <input type="checkbox"/> 4</div> <div>PALAVRAS INADEQUADAS <input type="checkbox"/> 3</div> <div>SONS INCOMPREENSÍVEIS <input type="checkbox"/> 2</div> <div>SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1</div> <div>RESPOSTA MOTORA</div> <div>OBEDECEM <input type="checkbox"/> 6</div> <div>FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3</div> <div>LOCALIZA DOR <input type="checkbox"/> 5</div> <div>EXTENSÃO <input type="checkbox"/> 2</div> <div>RETIRO FLEXÃO <input type="checkbox"/> 4</div> <div>SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1</div> |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| PELE MUCOSAS                                                                                                                                                                            |            | SECAS <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> SUDOSE <input type="checkbox"/> LIV. RETIC. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | EDEMAS                                                                                                                                               |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| PALIDEZ <input type="checkbox"/> RUBICUNDEZ <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> OUTROS                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | AUSENTES <input type="checkbox"/> MIM. INFERIORES <input type="checkbox"/> ANASARCA <input type="checkbox"/>                                         |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS                                                                                                                                                      |            | ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| HORA                                                                                                                                                                                    | P.A.S.     | P.A.D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TEMP. | F. RESP.                                                                                                                                             | F.C.                                                                                                                                                      | ENCH. CAP.                                                                                                                                                                 | SATURAÇÃO | NENHUM <input type="checkbox"/> CARDIOP. <input type="checkbox"/>                                                                   | HAS <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      | 87                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                            | 99%       | ALERGIA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/>                                   | AVE <input type="checkbox"/> |
| EXAME NEUROLÓGICO                                                                                                                                                                       |            | NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | AP. RESPIRATÓRIO                                                                                                                                     |                                                                                                                                                           | NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |           | CABEÇA E PESCOÇO                                                                                                                    |                              |
| NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> BABINSKI (*) <input type="checkbox"/> |            | VIGILIA <input type="checkbox"/> TOPOSOSO <input type="checkbox"/> LÚCIDO <input type="checkbox"/> EXCITADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DEPRIMIDO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       | RESP. NORMAL <input type="checkbox"/> RESP. IRREG. <input type="checkbox"/> PAR. RESP. <input type="checkbox"/>                                      |                                                                                                                                                           | APNÉIA <input type="checkbox"/> ASSISTIDA <input type="checkbox"/> RSP. MM. ACESS. <input type="checkbox"/>                                                                |           | <input type="checkbox"/> NORM.-L <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> NÃO EXAMINADO                           |                              |
| COMA GRAU <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> LIB. ESFINCTER <input type="checkbox"/>                                                                           |            | AFASIA <input type="checkbox"/> APRAXIA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIG. NUCA <input type="checkbox"/> CONV. GEN. <input type="checkbox"/> CONV. FOCO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | HEMOPTISE <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                                                                                           | BRONCOASPIR. <input type="checkbox"/> MUCOPURUR. <input type="checkbox"/>                                                                                                  |           | OUTROS                                                                                                                              |                              |
| DEF. MOTOR                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | EST. CREPITANTES <input type="checkbox"/> EST. BOLHOSOS <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/>                                    |                                                                                                                                                           | RONCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |           | APARELHO CARDIOVASCULAR                                                                                                             |                              |
| ALT. SENT.                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | OUTROS                                                                                                                                               |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/>                                                                                              |                              |
| ALT. SENSORIAL                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | NORMAL <input type="checkbox"/> PAR. CARDÍACA <input type="checkbox"/> SOPROS <input type="checkbox"/> MIT <input type="checkbox"/> |                              |
| OUTROS                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | JUGULAR E ENGURGITADA <input type="checkbox"/> SISTÓLICO <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/>                      |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | BOLHAS HIPOFONÉTICAS <input type="checkbox"/> DIASTÓLICO <input type="checkbox"/> AOR <input type="checkbox"/>                      |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | ATRITO PERICÁRDIO <input type="checkbox"/> PULSO                                                                                    |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | GALOPE <input type="checkbox"/> RIT. REGULAR <input type="checkbox"/> RIT. IRREGULAR <input type="checkbox"/>                       |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | PULSO PERIFÉRICOS                                                                                                                   |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | OUTROS                                                                                                                              |                              |
| ECG RITMO <input type="checkbox"/> F.C. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/>                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | PSIQUIÁTRICO                                                                                                                                         |                                                                                                                                                           | NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO <input type="checkbox"/> DELÍRIO <input type="checkbox"/> NÃO FOI INVESTIGADO <input type="checkbox"/>                          |           |                                                                                                                                     |                              |
| <input type="checkbox"/> NÃO REALIZOU                                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | ANSIOSO <input type="checkbox"/> AGRESSIVO <input type="checkbox"/> VIOLento <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| ABDÔMEN                                                                                                                                                                                 |            | NÃO EXAMINADO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | UROGENITAL                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           | NÃO EXAMINADO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                          |           | GINECO OBSTÉTRICO                                                                                                                   |                              |
| NORMAL <input type="checkbox"/> HERNIA <input type="checkbox"/> EVENTRAÇÃO <input type="checkbox"/> EVISCERAÇÃO <input type="checkbox"/>                                                |            | HEMATEMESE <input type="checkbox"/> MELENA <input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA <input type="checkbox"/> RENITENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       | CONTRATURA <input type="checkbox"/> MAC BURNLEY <input type="checkbox"/> MURPHY <input type="checkbox"/>                                             |                                                                                                                                                           | NORMAL <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> GLOBO VESICAL <input type="checkbox"/>                                                                  |           | NORMAL <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/>                                                                   |                              |
|                                                                                                                                                                                         |            | DISTENDIDO <input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> DOLOROSO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | RHA + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> HEPATOMEGL <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGL <input type="checkbox"/>                   |                                                                                                                                                           | ANURIA <input type="checkbox"/> SOND. VES. <input type="checkbox"/> DOR TESTIC. <input type="checkbox"/> PUNHO PREC. (+) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |           | HEMORR. VAGINAL <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE ABORTO <input type="checkbox"/> PARTO DOMIC. <input type="checkbox"/>            |                              |
| OUTROS                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | OUTROS                                                                                                                                               |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           | OUTROS                                                                                                                              |                              |
| TRAUMA SEM LESÃO APARENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                         |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| TIPO DE LESÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| DOR                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| DEFORMAÇÃO                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| CONTUSÃO HEMATOMA                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| PERDA DE MOTILIDADE                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| PERDA DE SENSIBILIDADE                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| LACERAÇÃO / ABRASÃO                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| FÉRIDA CORTANTE PENETRANTE                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| TRAUMA FECHADO                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| LUXAÇÃO E ESTIRAMENTO                                                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| FRATURA                                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| AMPUTAÇÃO                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| HEMORRAGIA                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| CLASSIFICAÇÃO DO CHAMADO                                                                                                                                                                |            | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |            | SEM ALTERAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| URGÊNCIA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| removido 220 / 140 / 100, leve dor de pele, no região                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| torácica do lado esquerdo, não expiratório, lesão, presença                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| de dor no local, removido com curativo, removido                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |
| st. 11 PP, além de lesão.                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                                                     |                              |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lucas Eduardo Silva

Nº da Carteira: 2.33.6572

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 14/03/2008

Nº da Guia: 1358

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 13/09/2019         | 09:31:00 | Quadra | Aula de educação física |

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

| Descrição                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava na aula de educação física, o pé dele prendeu na rede da trave e ele caiu com o joelho esquerdo nos ganchinhos onde são usados para prender a rede, causou um corte profundo, houve muito sangramento. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Profº Felipe             | (41) 3051-8700 |
| Profª Larissa            | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Dayana Monitora.                | 13/09/2019 |

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

| Observações                     |
|---------------------------------|
| Contato via telefone com a mãe. |

Ass.: *Dayana Peniche do Nascimento*

Dayana Peniche Do Nascimento

**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

Atendimento: 2930210 - LUCAS SANTOS PEREIRA Lote: 1558838 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: LUCAS SANTOS PEREIRA  
Convênio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Médico/CRM: MELINA CAPRARO ALCANTARA / 33950  
Guia.....: 2930210000 Validade.:  
Carteira.: 3263619 Validade.: 31/12/2019 Titular...: LUCAS SANTOS PEREIRA  
: RUA OURO VERDE

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor                      | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                        |           |       |          |       | <b>102,88</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 102,88    |       |          |       | 102,88          |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                                |           |       |          |       | <b>2,43</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 2,43      |       |          |       | 2,43            |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                            |           |       |          |       | <b>2,59</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 2,59      |       |          |       | 2,59            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                        |           |       |          |       | <b>1.064,18</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 1.064,18  |       |          |       | 1.064,18        |
| <b>Total da Conta:</b>                             |           |       |          |       | <b>1.172,08</b> |
| <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> |           |       |          |       | <b>1.328,58</b> |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total      |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|---------------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 102,8800    | 102,88        |
| <b>Total do Setor:</b>                                            |             |      |             | <b>102,88</b> |
| <b>Total de TAXAS DE USO DE SALA:</b>                             |             |      |             | <b>102,88</b> |

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total    |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|-------------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 3    | 0,8100      | 2,43        |
| <b>Total do Setor:</b>                        |             |      |             | <b>2,43</b> |
| <b>Total de MEDICAMENTOS:</b>                 |             |      |             | <b>2,43</b> |

### **MATERIAIS SIMPRO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total    |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|-------------|
| 0005195049 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO | PAR         | 1    | 2,5900      | 2,59        |
| <b>Total do Setor:</b>                        |             |      |             | <b>2,59</b> |
| <b>Total de MATERIAIS SIMPRO:</b>             |             |      |             | <b>2,59</b> |

### **MATERIAIS BRASINDICE**

133 EMERGENCIA CONVENIOS

Atendimento: 2930210 - LUCAS SANTOS PEREIRA Lote: 1558838 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

## MATERIAIS BRASINDICE

### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitário | VI Total |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 10   | 0,6480      | 6,48     |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER               | CM          | 15   | 0,0405      | 0,60     |
| 0000277142 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                              | UN          | 1    | 1.057,1040  | 1.057,10 |
| Total do Setor:                                                        |             |      |             | 1.064,18 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                         |             |      |             | 1.064,18 |
| Total da Conta:                                                        |             |      |             | 1.172,08 |

## Prestadores Credenciados

### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitário | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 09/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | MELINA CAPRARO ALCANTARA 33950 06062901929   | BF          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

### CIRURGIA PLASTICA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF                    | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitário | VI Total |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 09/09/2019                                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | MELINA CAPRARO ALCANTARA 33950 06062901929                      | BF          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                                 |             |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                                 |             |         |      |             | 1.328,58 |



2 - N° Guia no Prestador **2930210000000**

1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                            |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                               |  | 5 - Senha<br>29302100003                                                     |  | 6 - Data de Validade da Senha<br>2930210000                                  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |
| 4 - Data de Autorização<br>09/09/2019                                                            |  | 5 - Senha<br>29302100003                                                   |  | 10 - Nome<br>LUCAS SANTOS PEREIRA                                            |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                      |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                     |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                   |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                             |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3263619                                                                |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MELINA CAPRARO ALCANTARA          |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              |  | 17 - Número no Conselho<br>33950                                             |  | 18 - UF<br>41                               |  |
| 19 - Código CBO<br>225230                                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                             |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |  | 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                           |  | 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                       |  | 23 - Indicação Clínica                                                       |  |                                             |  |
| 24 - Tábua                                                                                       |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                           |  | 26 - Descrição                                                               |  | 27 - Qt.Solic.                                                               |  | 28 - Qt.Autoriz.                            |  |
| Dados do Contratado / Executante                                                                 |  | 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                 |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |  |                                             |  |
| Dados do Atendimento                                                                             |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  | 36 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                             |  |
| Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  | 48-Sq. Ref.                                                                |  | 49-Gr. Part                                                                  |  | 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional                              |  | 52-Conselho Prof                            |  |
| 53-Número no Conselho                                                                            |  | 54-UF                                                                      |  | 55-Código CBO                                                                |  |                                                                              |  |                                             |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 1 - / /                                                                    |  | 2 - / /                                                                      |  | 3 - / /                                                                      |  | 4 - / /                                     |  |
| 5 - / /                                                                                          |  | 6 - / /                                                                    |  | 7 - / /                                                                      |  | 8 - / /                                                                      |  | 9 - / /                                     |  |
| 10 - / /                                                                                         |  | 11 - / /                                                                   |  | 12 - / /                                                                     |  | 13 - / /                                                                     |  | 14 - / /                                    |  |
| 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\$)            |  |
| 0.00                                                                                             |  | 102.88                                                                     |  | 1066.77                                                                      |  | 0.00                                                                         |  | 2.43                                        |  |
| 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               |  |
| 0.00                                                                                             |  | 1172.08                                                                    |  |                                                                              |  |                                                                              |  | 0.00                                        |  |

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                                                                         |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                              |                                         | 2 - Número da Guia Referenciada<br>2930210000                               |              | 5 - Código CNES<br>15563 |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Dados do Contratado Executante                                                          |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130                                               |                                         | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| Despesas Realizadas                                                                     |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 6-CD                                                                                    | 7-Data                                  | 8-Hora Inicia                                                               | 9-Hora Final | 10-Tabela                | 11-Código do Item | 12-Qtde.   | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |
| 17- Registro ANVISA do Material                                                         | 18-Referência do material no fabricante |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 1 - 02                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    | a            | 15:52:15                 | 00                | 0000012002 | 3                    | 001                     | 1.00                    | 0.81                               | 2.43                 |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML                                       |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 2 - 03                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    |              | 15:52:15                 | 00                | 0000045635 | 10                   | 036                     | 1.00                    | 0.64                               | 6.48                 |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAO GAMA 166.460 |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 3 - 03                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    |              | 15:52:15                 | 00                | 0000045692 | 15                   | 038                     | 1.00                    | 0.04                               | 0.60                 |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                           |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 4 - 03                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    |              | 15:52:15                 | 00                | 0000277142 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 1057.10                            | 1057.10              |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                          |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 5 - 03                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    |              | 15:52:15                 | 00                | 0005195049 | 1                    | 048                     | 1.00                    | 2.59                               | 2.59                 |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO                                      |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 6 - 07                                                                                  | 09/09/2019                              | 15:52:15                                                                    |              | 15:52:15                 | 18                | 60023384   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 102.88                             | 102.88               |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                                  |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                                  |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 1172.08              |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                    |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 24 - Total de OPME (R\$)                                                                |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                                           |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 1066.77              |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                                        |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 2.43                 |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                    |                                         |                                                                             |              |                          |                   |            |                      |                         |                         |                                    | 0.00                 |





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 2930210000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal<br>2930210000000                                | 6 - Data de Validade da Senha<br>2930210000 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2930210000 | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                          |
| 4 - Data de Autorização<br>09/09/2019                                                            | 5 - Senha<br>29302100003                                                     |                                             |                                                           |                                                                                     |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 8 - Número da Carteira<br>3263619                                                                | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>LUCAS SANTOS PEREIRA           | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                   |                                                                                     |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MELINA CAPRARO ALCANTARA                                | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>33950            | 18 - UF<br>41                                             | 19 - Código CBO<br>225230                                                           |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                      |                                                           |                                                                                     |
| 24 - Tabela                                                                                      | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                          | 26 - Descrição                              | 27 - Qt. Solic.                                           | 28 - Qt. Autoriz.                                                                   |
|                                                                                                  |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 29 - Código na Operadora<br>BF                                                                   | 30 - Nome do Contratado<br>MELINA CAPRARO ALCANTARA                          |                                             |                                                           | 31 - Código CNES<br>15563                                                           |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |                                                                                     |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 1 09/09/2019 15:52                                                                               | 22                                                                           | 10101039                                    | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |
| 2 09/09/2019 15:52                                                                               | 22                                                                           | 30101794                                    | SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESERIDAM        | 1.0 100.00 100.00<br>1.0 56.50 56.50                                                |
| 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 - / /                                                                                          | 3 - / /                                                                      | 4 - / /                                     | 5 - / /                                                   | 6 - / /                                                                             |
| 2 - / /                                                                                          | 7 - / /                                                                      | 8 - / /                                     | 9 - / /                                                   | 10 - / /                                                                            |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
|                                                                                                  |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>156.50                                                      | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00       | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                          | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                            |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>156.50                                                                 |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                             |                                                           |                                                                                     |



|                                                          |  |                                                 |  |                                                                              |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                             |  |                            |  |                                            |  |                                                 |  |                         |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                               |  | 3 - Número da Guia Principal                    |  | 5 - Senha<br>ELEGIVEL                                                        |  | 6 - Data Validade da Senha                                        |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>18128 |  |                                                             |  |                            |  |                                            |  |                                                 |  |                         |  |
| 4 - Data da Autorização<br>09/09/2019                    |  | 8 - Número da Carteira<br>3263619               |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       |  | 10 - Nome<br>LUCAS SANTOS PEREIRA                                 |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                        |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                  |  |                            |  |                                            |  |                                                 |  |                         |  |
| Dados do Solicitante                                     |  | 13 - Código na Operadora<br>76591569000130      |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MELINA CAPRARO ALCANTARA |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                      |  | 17 - Número no Conselho<br>33950                            |  | 18 - UF<br>41              |  | 19 - Código CBO<br>225230                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br> |  |                         |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  | 21 - Caráter Atendim.<br>2                      |  | 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                       |  | 23 - Indicação Clínica                                            |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento           |  | 26 - Descrição                                              |  | 27 - Qt. Solic.            |  | 28 - Qt. Autoriz.                          |  |                                                 |  |                         |  |
| Dados do Contratado Executante                           |  | 29 - Código na Operadora<br>76591569000130      |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                         |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                          |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |                                                 |  |                         |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |  | 36 - Data<br>37 - Hora Inicial 38 - Hora Final  |  | 39 - Tabela<br>40 - Procedimento                                             |  | 41 - Descrição<br>3001794 - Sutura                                |  | 42 - Qdde                                            |  | 43 - Via                                                    |  | 44 - Tec                   |  | 45 - Fator Red/Acresc                      |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                       |  | 47 - Valor Total (R\$)  |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |  | 48 - Seq. Ref.                                  |  | 49 - Grau Part.                                                              |  | 50 - Código na operadora/CPF                                      |  | 51 - Nome do Profissional                            |  | 52 - Conselho Profissional                                  |  | 53 - Número no Conselho    |  | 54 - UF                                    |  | 55 - Código CBO                                 |  |                         |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série        |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 58 - Data de Realização de Procedimentos em Série                            |  | 59 - Assinatura do Responsável                                    |  | 60 - Total de Procedimentos (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 para Autorização          |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                |  | 69 - Assinatura do Profissional                                   |  | 70 - Total de Procedimentos (R\$)                    |  | 71 - Total de Materiais (R\$)                               |  | 72 - Total de OPME (R\$)   |  | 73 - Total de Medicamentos (R\$)           |  | 74 - Total de Gases Medicinais (R\$)            |  | 75 - Total Geral (R\$)  |  |
| 76 - Assinatura do Responsável para Autorização          |  | 77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 78 - Assinatura do Contratado                                                |  | 79 - Assinatura do Profissional                                   |  | 80 - Total de Procedimentos (R\$)                    |  | 81 - Total de Materiais (R\$)                               |  | 82 - Total de OPME (R\$)   |  | 83 - Total de Medicamentos (R\$)           |  | 84 - Total de Gases Medicinais (R\$)            |  | 85 - Total Geral (R\$)  |  |
| 86 - Assinatura do Responsável para Autorização          |  | 87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 88 - Assinatura do Contratado                                                |  | 89 - Assinatura do Profissional                                   |  | 90 - Total de Procedimentos (R\$)                    |  | 91 - Total de Materiais (R\$)                               |  | 92 - Total de OPME (R\$)   |  | 93 - Total de Medicamentos (R\$)           |  | 94 - Total de Gases Medicinais (R\$)            |  | 95 - Total Geral (R\$)  |  |
| 96 - Assinatura do Responsável para Autorização          |  | 97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 98 - Assinatura do Contratado                                                |  | 99 - Assinatura do Profissional                                   |  | 100 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 101 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 102 - Total de OPME (R\$)  |  | 103 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 104 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 105 - Total Geral (R\$) |  |
| 106 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 108 - Assinatura do Contratado                                               |  | 109 - Assinatura do Profissional                                  |  | 110 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 111 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 112 - Total de OPME (R\$)  |  | 113 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 114 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 115 - Total Geral (R\$) |  |
| 116 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 118 - Assinatura do Contratado                                               |  | 119 - Assinatura do Profissional                                  |  | 120 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 121 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 122 - Total de OPME (R\$)  |  | 123 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 124 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 125 - Total Geral (R\$) |  |
| 126 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 128 - Assinatura do Contratado                                               |  | 129 - Assinatura do Profissional                                  |  | 130 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 131 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 132 - Total de OPME (R\$)  |  | 133 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 134 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 135 - Total Geral (R\$) |  |
| 136 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 138 - Assinatura do Contratado                                               |  | 139 - Assinatura do Profissional                                  |  | 140 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 141 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 142 - Total de OPME (R\$)  |  | 143 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 144 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 145 - Total Geral (R\$) |  |
| 146 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 148 - Assinatura do Contratado                                               |  | 149 - Assinatura do Profissional                                  |  | 150 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 151 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 152 - Total de OPME (R\$)  |  | 153 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 154 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 155 - Total Geral (R\$) |  |
| 156 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 158 - Assinatura do Contratado                                               |  | 159 - Assinatura do Profissional                                  |  | 160 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 161 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 162 - Total de OPME (R\$)  |  | 163 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 164 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 165 - Total Geral (R\$) |  |
| 166 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 168 - Assinatura do Contratado                                               |  | 169 - Assinatura do Profissional                                  |  | 170 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 171 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 172 - Total de OPME (R\$)  |  | 173 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 174 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 175 - Total Geral (R\$) |  |
| 176 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 178 - Assinatura do Contratado                                               |  | 179 - Assinatura do Profissional                                  |  | 180 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 181 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 182 - Total de OPME (R\$)  |  | 183 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 184 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 185 - Total Geral (R\$) |  |
| 186 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 188 - Assinatura do Contratado                                               |  | 189 - Assinatura do Profissional                                  |  | 190 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 191 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 192 - Total de OPME (R\$)  |  | 193 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 194 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 195 - Total Geral (R\$) |  |
| 196 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 198 - Assinatura do Contratado                                               |  | 199 - Assinatura do Profissional                                  |  | 200 - Total de Procedimentos (R\$)                   |  | 201 - Total de Materiais (R\$)                              |  | 202 - Total de OPME (R\$)  |  | 203 - Total de Medicamentos (R\$)          |  | 204 - Total de Gases Medicinais (R\$)           |  | 205 - Total Geral (R\$) |  |
| 206 - Assinatura do Responsável para Autorização         |  | 207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 208 - Assinatura do Contratado                                               |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                             |  |                            |  |                                            |  |                                                 |  |                         |  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Santos Pereira  
**Nº da Carteirinha:** 3.26.3619  
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM



**Data de Nascimento:** 19/10/2006

**Nº da Guia:** 1340

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 09/09/2019         | 15:05:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

## Descrição

Aluno foi tentar pular a rede de volei e caiu com o rosto no chão.

## Testemunha da ocorrência

Ana Luiza Carvalho

## Telefone

(41) 3051-8680

## Quem prestou primeiros socorros

Ana Luiza Carvalho

## Data

09/09/2019

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

## Observações

Mãe irá acompanhar o aluno.

Ass.:

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Atendimento: 2923530 - NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA Lote: 1561355 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remess

Paciente.: NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA  
Convênio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Médico/CRM: ADRIANO KEIJIRO MAEDA / 15435  
Guia.: 2923530000 Validade.:  
Carteira.: 278358 Validade.: 31/12/2019 Titular.: NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA  
: RUA CAFE FILHO

Procedimento: 10102019 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total         |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 74,62     |       |          |       | 74,62         |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                 |           |       |          |       |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 12,89     |       |          |       | 12,89         |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 2,28      |       |          |       | 2,28          |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 349,10    |       |          |       | 349,10        |
|                                     |           |       |          |       | 349,10        |
| <b>Total da Conta:</b>              |           |       |          |       | <b>438,89</b> |

### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

60033681 TAXA DE SALA DE OBSERVACAO ATE 6 HORAS

Unid./Ativ.

UN

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 74,6200     | 74,62    |

Total do Setor: 74,62

Total de TAXAS DE USO DE SALA: 74,62

### MEDICAMENTOS

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

0000016325 CLORETO DE POTASSIO 19,1% AMPOLA 10ML.  
0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.  
0000012000 CLORETO DE SODIO 20% AMPOLA 10ML.  
90123220 SOLUCAO DE GLICOSE 5% - 500ML

Unid./Ativ.

AMP

AMP

AMP

FR

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 0,8910      | 0,89     |
| 1    | 0,8100      | 0,81     |
| 3    | 0,8505      | 2,55     |
| 1    | 8,6400      | 8,64     |

Total do Setor: 12,89

Total de MEDICAMENTOS: 12,89

### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento

90309707 GLUCONATO DE CALCIO 100 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 10

Unid./Ativ.

AMP

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
| 1    | 2,2820      | 2,28     |

Total do Setor: 2,28

Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO: 2,28

Atendimento: 2923530 - NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA Lote: 1561355 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remess

**MATERIAIS BRASINDICE**

**Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Procedimento                   |                                                     | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70014370                       | AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD                     | UN          | 1    | 1,8360      | 1,83     |
| 0000062644                     | CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G<br>24- BBRAUN      | UN          | 1    | 139,8195    | 139,81   |
| 0000025555                     | EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX                       | UN          | 1    | 129,5055    | 129,50   |
| 70223750                       | POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN                           | UN          | 1    | 74,1825     | 74,18    |
| 70705330                       | SERINGA DESCARTAVEL 10 ML LUER<br>LOCK - SEM AGULHA | UN          | 1    | 3,7800      | 3,78     |
| Total do Setor:                |                                                     |             |      |             | 349,10   |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE: |                                                     |             |      |             | 349,10   |
| Total Geral:                   |                                                     |             |      |             | 438,89   |



CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Serviço Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2923530000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                               |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                    | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>2923530000                 | 6 - Data de Validade da Senha<br>03/09/2019      | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2923530000 | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>02/09/2019                                                                                                                                         | 8 - Número da Carteira<br>278358                                             | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019  | 10 - Nome<br>NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA COSTA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                   |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                         |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                          |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                    | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ADRIANO KEIJIRO MAEDA                                                                                                                | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>15435        | 18 - UF<br>41                                    | 19 - Código CBO<br>225260                                 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                     |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                              | 22 - Data da Solicitação<br>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<br>76591569000130                                                                                                                                    | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                          |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9             | 34 - Tipo de Consulta<br>1              | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento       |                                                           |                                             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                                         |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 56 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)                                                                                                                             |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                                                                                               |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                                                                                                            |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                              |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 1 - / /                                                                                                                                                                       | 2 - / /                                                                      | 3 - / /                                 | 4 - / /                                          | 5 - / /                                                   | 6 - / /                                     |
| 7 - / /                                                                                                                                                                       | 8 - / /                                                                      | 9 - / /                                 | 10 - / /                                         |                                                           |                                             |
| 58 - Observação / Justificativa<br>- Alterado tipo de Atendimento de Internao para Ambulatorial.                                                                              |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                     | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>74.62                                | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>349.10 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>15.17                 | 64 - Total de Gases Médicinas (R\$)<br>0.00 |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>438.89                                                                                                                                              |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                               |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                 |                                                                              |                                         |                                                  |                                                           |                                             |



# **ANEXO DE OUTRAS DESPESAS** (para Guia de SPI/SADT e Resumo de Internação)

| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 2 - Número da Guia Referenciada<br><b>2923530000</b> |              | 5 - Código CNES<br><b>15563</b>        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|-------------------|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|--------|------------|----------|---|----------|----|------------|---|-----|------|------|------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|------------|---|-----|------|------|------|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|------------|---|-----|------|------|------|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|----------|---|-----|------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|----------|---|-----|------|------|------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|----------|---|-----|------|------|------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|------------|---|-----|------|--------|--------|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|------------|---|-----|------|--------|--------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|--|----------|----|----------|---|-----|------|-------|-------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|------------|----------|--|----------|----|----------|---|-----|------|------|------|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dados do Contratado Excedente<br>3 - Código na Operadora<br><b>76591569000130</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Despesas Realizadas<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>6-CD</th> <th>7-Data</th> <th>8-Hora Inicia</th> <th>9-Hora Final</th> <th>10-Tabela</th> <th>11-Código do Item</th> <th>12-Qtde.</th> <th>13-Unidade de Medida</th> <th>14-Fator Red. / Acresc.</th> <th>15-Valor Unitário - R\$</th> <th>19-Nº Autorização de Funcionamento</th> <th>16-Valor Total - R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - 02</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td>a</td> <td>09:26:00</td> <td>00</td> <td>0000016325</td> <td>1</td> <td>001</td> <td>1.00</td> <td>0.89</td> <td>0.89</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: CLORETO DE POTASSIO 19,1% AMPOLA 10ML.</td> </tr> <tr> <td>2 - 02</td> <td>02/09/2019</td> <td>21:12:34</td> <td></td> <td>21:12:34</td> <td>00</td> <td>0000012002</td> <td>1</td> <td>001</td> <td>1.00</td> <td>0.81</td> <td>0.81</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML.</td> </tr> <tr> <td>3 - 02</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td></td> <td>09:26:00</td> <td>00</td> <td>0000012000</td> <td>3</td> <td>001</td> <td>1.00</td> <td>0.85</td> <td>2.55</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 20% AMPOLA 10ML.</td> </tr> <tr> <td>4 - 02</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td></td> <td>09:26:00</td> <td>20</td> <td>90309707</td> <td>1</td> <td>001</td> <td>1.00</td> <td>2.28</td> <td>2.28</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: GLUCONATO DE CALCIO100 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VO INC X 10 ML</td> </tr> <tr> <td>5 - 02</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td></td> <td>09:26:00</td> <td>20</td> <td>90123220</td> <td>1</td> <td>013</td> <td>1.00</td> <td>8.64</td> <td>8.64</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: SOLUCAO DE GLICOSE 5% - 500ML</td> </tr> <tr> <td>6 - 03</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td></td> <td>09:26:00</td> <td>19</td> <td>70014370</td> <td>1</td> <td>036</td> <td>1.00</td> <td>1.83</td> <td>1.83</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD</td> </tr> <tr> <td>7 - 03</td> <td>02/09/2019</td> <td>21:12:34</td> <td></td> <td>21:12:34</td> <td>00</td> <td>0000062644</td> <td>1</td> <td>036</td> <td>1.00</td> <td>139.81</td> <td>139.81</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN</td> </tr> <tr> <td>8 - 03</td> <td>02/09/2019</td> <td>21:12:34</td> <td></td> <td>21:12:34</td> <td>00</td> <td>0000025555</td> <td>1</td> <td>036</td> <td>1.00</td> <td>129.50</td> <td>129.50</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX</td> </tr> <tr> <td>9 - 03</td> <td>02/09/2019</td> <td>21:12:34</td> <td></td> <td>21:12:34</td> <td>19</td> <td>70223750</td> <td>1</td> <td>036</td> <td>1.00</td> <td>74.18</td> <td>74.18</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN</td> </tr> <tr> <td>10 - 03</td> <td>02/09/2019</td> <td>09:26:00</td> <td></td> <td>09:26:00</td> <td>19</td> <td>70705330</td> <td>1</td> <td>036</td> <td>1.00</td> <td>3.78</td> <td>3.78</td> </tr> <tr> <td colspan="12">20 - Descrição: SERINGA DESCARTAVEL 10 ML LUER LOCK - SEM AGULHA</td> </tr> </tbody> </table> |            |                                                      |              |                                        |                   | 6-CD       | 7-Data               | 8-Hora Inicia           | 9-Hora Final            | 10-Tabela                          | 11-Código do Item    | 12-Qtde. | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ | 1 - 02 | 02/09/2019 | 09:26:00 | a | 09:26:00 | 00 | 0000016325 | 1 | 001 | 1.00 | 0.89 | 0.89 | 20 - Descrição: CLORETO DE POTASSIO 19,1% AMPOLA 10ML. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 - 02 | 02/09/2019 | 21:12:34 |  | 21:12:34 | 00 | 0000012002 | 1 | 001 | 1.00 | 0.81 | 0.81 | 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 - 02 | 02/09/2019 | 09:26:00 |  | 09:26:00 | 00 | 0000012000 | 3 | 001 | 1.00 | 0.85 | 2.55 | 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 20% AMPOLA 10ML. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 - 02 | 02/09/2019 | 09:26:00 |  | 09:26:00 | 20 | 90309707 | 1 | 001 | 1.00 | 2.28 | 2.28 | 20 - Descrição: GLUCONATO DE CALCIO100 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VO INC X 10 ML |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 - 02 | 02/09/2019 | 09:26:00 |  | 09:26:00 | 20 | 90123220 | 1 | 013 | 1.00 | 8.64 | 8.64 | 20 - Descrição: SOLUCAO DE GLICOSE 5% - 500ML |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 - 03 | 02/09/2019 | 09:26:00 |  | 09:26:00 | 19 | 70014370 | 1 | 036 | 1.00 | 1.83 | 1.83 | 20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 - 03 | 02/09/2019 | 21:12:34 |  | 21:12:34 | 00 | 0000062644 | 1 | 036 | 1.00 | 139.81 | 139.81 | 20 - Descrição: CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 - 03 | 02/09/2019 | 21:12:34 |  | 21:12:34 | 00 | 0000025555 | 1 | 036 | 1.00 | 129.50 | 129.50 | 20 - Descrição: EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 - 03 | 02/09/2019 | 21:12:34 |  | 21:12:34 | 19 | 70223750 | 1 | 036 | 1.00 | 74.18 | 74.18 | 20 - Descrição: POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 - 03 | 02/09/2019 | 09:26:00 |  | 09:26:00 | 19 | 70705330 | 1 | 036 | 1.00 | 3.78 | 3.78 | 20 - Descrição: SERINGA DESCARTAVEL 10 ML LUER LOCK - SEM AGULHA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 7-Data     | 8-Hora Inicia                                        | 9-Hora Final | 10-Tabela                              | 11-Código do Item | 12-Qtde.   | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 09:26:00                                             | a            | 09:26:00                               | 00                | 0000016325 | 1                    | 001                     | 1.00                    | 0.89                               | 0.89                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: CLORETO DE POTASSIO 19,1% AMPOLA 10ML.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 21:12:34                                             |              | 21:12:34                               | 00                | 0000012002 | 1                    | 001                     | 1.00                    | 0.81                               | 0.81                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 09:26:00                                             |              | 09:26:00                               | 00                | 0000012000 | 3                    | 001                     | 1.00                    | 0.85                               | 2.55                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 20% AMPOLA 10ML.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 09:26:00                                             |              | 09:26:00                               | 20                | 90309707   | 1                    | 001                     | 1.00                    | 2.28                               | 2.28                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: GLUCONATO DE CALCIO100 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VO INC X 10 ML                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 09:26:00                                             |              | 09:26:00                               | 20                | 90123220   | 1                    | 013                     | 1.00                    | 8.64                               | 8.64                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: SOLUCAO DE GLICOSE 5% - 500ML                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 09:26:00                                             |              | 09:26:00                               | 19                | 70014370   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 1.83                               | 1.83                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 21:12:34                                             |              | 21:12:34                               | 00                | 0000062644 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 139.81                             | 139.81               |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 21:12:34                                             |              | 21:12:34                               | 00                | 0000025555 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 129.50                             | 129.50               |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 02/09/2019 | 21:12:34                                             |              | 21:12:34                               | 19                | 70223750   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 74.18                              | 74.18                |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 02/09/2019 | 09:26:00                                             |              | 09:26:00                               | 19                | 70705330   | 1                    | 036                     | 1.00                    | 3.78                               | 3.78                 |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: SERINGA DESCARTAVEL 10 ML LUER LOCK - SEM AGULHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            | 22 - Total de Medicamentos (R\$)<br>*****            |              | 23 - Total de Materiais (R\$)<br>***** |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 - Total de OPME (R\$)<br>*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>*****        |              | 26 - Total de Diárias (R\$)<br>*****   |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 - Total Geral (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                      |              |                                        |                   |            |                      |                         |                         |                                    |                      |          |                      |                         |                         |                                    |                      |        |            |          |   |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |      |      |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |            |   |     |      |        |        |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |  |          |    |          |   |     |      |       |       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |          |  |          |    |          |   |     |      |      |      |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                         |  |                                                   |  |                                    |  |
|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                        |  | 2 - Número da Guia Referenciada                   |  | 5 - Código CNES                    |  |
| 000000                                  |  | 2923530000                                        |  | 15563                              |  |
| Dados do Contratado Executante          |  |                                                   |  |                                    |  |
| 3 - Código na Operadora                 |  | 4 - Nome do Contratado                            |  |                                    |  |
| 76591569000130                          |  | ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                    |  |
| Despesa Realizada                       |  |                                                   |  |                                    |  |
| 6-CD 7-Data                             |  | 8-Hora Inicia                                     |  | 9-Hora Final                       |  |
| 17- Registro ANVISA do Material         |  | 10-Tabela                                         |  | 11-Código do Item                  |  |
| 18-Referência do material no fabricante |  | 12-Qtde.                                          |  | 13-Unidade de Medida               |  |
| 15-Valor Unitário - R\$                 |  | 16-Valor Total - R\$                              |  | 19-Nº Autorização de Funcionamento |  |
| 1 - 07 02/09/2019 a 21:12:34            |  | 18 21:12:34                                       |  | 74.62                              |  |
| 20 - Descrição:                         |  | TAXA DE SALA DE OBSERVACAO ATE 6 HORAS            |  | 74.62                              |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)    |  | 22 - Total de Medicamentos (R\$)                  |  | 23 - Total de Materiais (R\$)      |  |
| 0.00                                    |  | 15.17                                             |  | 349.10                             |  |
| 24 - Total de OPME (R\$)                |  | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)              |  | 26 - Total de Diárias (R\$)        |  |
| 0.00                                    |  | 74.62                                             |  | 0.00                               |  |
| 27 - Total Geral (R\$)                  |  | 28 - Total de Diárias (R\$)                       |  | 29 - Total Geral (R\$)             |  |
| 438.89                                  |  | 0.00                                              |  | 438.89                             |  |

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2- Nº

123456789012  
123456789012

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                                                               | 3 - Data da Autorização<br>____/____/____                                                                                                             | 4 - Senha                                                                                                                     | 5 - Data Validade da Senha<br>____/____/____ | 6 - Data de Emissão da Guia<br>____/____/____ |
| Dados do Beneficiário                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 7 - Número da Carteira<br>248358                                                                                               | 8 - Plano                                                                                                                                             | 9 - Validade da Carteira<br>____/____/____                                                                                    |                                              |                                               |
| 10 - Nome<br>Nicolay R. M. S. Costa                                                                                            |                                                                                                                                                       | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>____                                                                               |                                              |                                               |
| Dados do Contratado Solicitante                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16591569000130                                                                        | 13 - Nome do Contratado<br>HPD                                                                                                                        |                                                                                                                               | 14 - Código CNES                             |                                               |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Adriano Keijiro Maeda                                                                 |                                                                                                                                                       | 16 - Conselho Profissional<br>CRM                                                                                             | 17 - Número no Conselho<br>15435             | 18 - UF<br>PR                                 |
| Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 20 - Código na Operadora / CNPJ<br>16591569000130                                                                              | 21 - Nome do Prestador<br>HPD                                                                                                                         |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 22 - Caráter da Internação<br><input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de Internação<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica               |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 24 - Regime de Internação<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar                | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>05                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 26 - Indicação Clínica<br>ccp com hidrocefalia @ ventrículos tensionados<br>fechados de novo com sombo, 1 no local. Intern     |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| Hipóteses Diagnósticas                                                                                                         |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 27 - Tipo Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica                                    | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente<br><input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias | 29 - Indicação de Acidente<br><input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |                                              |                                               |
| 30 - CID 10 Principal<br>R11                                                                                                   | 31 - CID 10 (2)                                                                                                                                       | 32 - CID 10 (3)                                                                                                               | 33 - CID 10 (4)                              |                                               |
| Procedimentos Solicitados                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 34 - Tabela                                                                                                                    | 35 - Código do Procedimento                                                                                                                           | 36 - Descrição                                                                                                                | 37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut            |                                               |
| 1- _____                                                                                                                       | 10102019                                                                                                                                              | internamento clínico                                                                                                          | 05                                           |                                               |
| 2- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 3- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 4- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 5- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| OPM Solicitados                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 39 - Tabela                                                                                                                    | 40 - Código do OPM                                                                                                                                    | 41 - Descrição OPM                                                                                                            | 42 - Qtde.                                   | 43 - Fabricante                               |
| 1- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 2- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 3- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 4- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 5- _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| Dados da Autorização                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar<br>02/05/19                                                                          | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>____                                                                                                                | 47 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>____                                                                                    |                                              |                                               |
| 48 - Código na Operadora / CNPJ<br>16591569000130                                                                              | 49 - Nome do Prestador Autorizado<br>HPD                                                                                                              |                                                                                                                               | 50 - Código CNES                             |                                               |
| 51 - Observação                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante<br>02/05/19<br>Dr. Adriano Keijiro Maeda<br>Neurocirurgia<br>CRM-PR 15435         |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>02/05/19<br>maria da Silva Costa                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |
| 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização<br>____/____/____                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                              |                                               |

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Nicoly Rafaela Maria de Souza Costa

**Nº da guia:** 1306

**Nº da carteirinha:** 2.78.358

**Data Nascimento:** 10/05/2011

**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          |

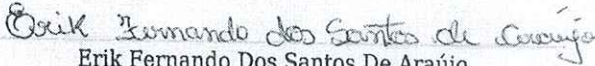
| Descrição                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|
| Aluno caiu na aula de Educação Física e esbarrou na aluna e a mesma caiu. |

| 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<br>0 | Água Verde,<br>Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Atendimento: 2941678 - PEDRO SOARES GOMES Lote: 1564866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente.: PEDRO SOARES GOMES  
Convênio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: EMPRESARIAL  
Sub Plano.:  
Médico/CRM: LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO / 41698  
Guia.: 2941678000 Validade.:  
Carteira.: 3267952 Validade.: 31/12/2019 Titular.: PEDRO SOARES GOMES  
: RUA ARARIPE JUNIOR

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



### Resumo da Conta Ambulatorial.

| Grupo de Procedimento / Setor                      | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>                        |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 102,88    |       |          |       | 102,88          |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                                |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 4,05      |       |          |       | 4,05            |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>                            |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 2,59      |       |          |       | 2,59            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>                        |           |       |          |       |                 |
| EMERGENCIA CONVENIOS                               | 1.067,83  |       |          |       | 1.067,83        |
| <b>Total da Conta:</b>                             |           |       |          |       | <b>1.177,35</b> |
| <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> |           |       |          |       | <b>1.333,85</b> |

### **TAXAS DE USO DE SALA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total      |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|---------------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 102,8800    | 102,88        |
| <b>Total do Setor:</b>                                            |             |      |             | <b>102,88</b> |
| <b>Total de TAXAS DE USO DE SALA:</b>                             |             |      |             | <b>102,88</b> |

### **MEDICAMENTOS**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total    |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|-------------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 5    | 0,8100      | 4,05        |
| <b>Total do Setor:</b>                        |             |      |             | <b>4,05</b> |
| <b>Total de MEDICAMENTOS:</b>                 |             |      |             | <b>4,05</b> |

### **MATERIAIS SIMPRO**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total    |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|-------------|
| 0005195049 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO | PAR         | 1    | 2,5900      | 2,59        |
| <b>Total do Setor:</b>                        |             |      |             | <b>2,59</b> |
| <b>Total de MATERIAIS SIMPRO:</b>             |             |      |             | <b>2,59</b> |

### **MATERIAIS BRASINDICE**

133 EMERGENCIA CONVENIOS

Atendimento: 2941678 - PEDRO SOARES GOMES Lote: 1564866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045635 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 15   | 0,6480      | 9,72     |
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER               | CM          | 25   | 0,0405      | 1,01     |
| 0000277142 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                              | UN          | 1    | 1.057,1040  | 1.057,10 |
| Total do Setor:                                                        |             |      |             | 1.067,83 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                         |             |      |             | 1.067,83 |
| Total da Conta:                                                        |             |      |             | 1.177,35 |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 19/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | LORAINE ENTRINGER FALQUETO 41698 13845665700 | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

#### CIRURGIA PLASTICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF                    | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 19/09/2019                                  | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N       | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | LORAINE ENTRINGER FALQUETO 41698 13845665700                    | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |                                                                 |             |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                                 |             |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                                 |             |         |      |             | 1.333,85 |



CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Sociedade Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2941678000000

Folha: 1 / 1

|                                                                     |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                          |  | 3 - Número da Guia Principal                                                 |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2941678000                    |  | 12 - Atendimento a RN<br>N       |  |
| 4 - Data de Autorização<br>19/09/2019                               |  | 5 - Sessão<br>2941678000                                                     |  | 6 - Data de Validade da Sessão                                               |  |                                  |  |
| Dados do Beneficiário                                               |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       |  | 10 - Nome<br>PEDRO SOARES GOMES                                              |  |                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3267952                                   |  | 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                   |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              |  | 17 - Número no Conselho<br>41698                                             |  | 18 - UF<br>41                    |  |
| 19 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>225230               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                  |  |                                                                              |  |                                  |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados           |  | 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                             |  | 22 - Data da Solicitação<br>19/09/2019                                       |  | 23 - Indicação Clínica           |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial  |  | 26 - Descrição                                                               |  | 27 - Ql. Solic.                                                              |  | 28 - Ql. Autoriz.                |  |
| Dados do Contratado Executante                                      |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |  |                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                          |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                  |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1       |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                          |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                  |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados               |  | 36 - Data<br>37 - Hr. Inicial<br>38 - Hr. Final                              |  | 39 - Tabela<br>40 - Procedimento                                             |  | 41 - Descrição                   |  |
| 42 - Qlde.                                                          |  | 43 - Via                                                                     |  | 44 - Téc.                                                                    |  | 45 - Fator R/Acr                 |  |
| 46 - Valor Unitário                                                 |  | 47 - Valor Total                                                             |  |                                                                              |  |                                  |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                  |  | 48 - Sq. Ref.                                                                |  | 49 - Gr. Part                                                                |  | 50 - Cód na operadora / CPF      |  |
| 51 - Nome do Profissional                                           |  | 52 - Conselho Prof                                                           |  | 53 - Número no Conselho                                                      |  | 54 - UF                          |  |
| 55 - Código CBO                                                     |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                  |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                   |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                               |  | 58 - Observação / Justificativa                                              |  |                                  |  |
| 1 - / /                                                             |  | 3 - / /                                                                      |  | 7 - / /                                                                      |  | 9 - / /                          |  |
| 2 - / /                                                             |  | 4 - / /                                                                      |  | 8 - / /                                                                      |  | 10 - / /                         |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>0.00                           |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88                               |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>1070.42                                     |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>4.05                            |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>1177.35                                            |  |                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                     |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                               |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                |  |                                  |  |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                           |                                                                          |                                                                             |                         |                                    |                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                |                                                                          | 2 - Número da Guia Referenciada<br>2941678000                               |                         | 5 - Código CNES<br>15563           |                      |
| Dados do Contratado Evidenciante          |                                                                          |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 |                                                                          | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                         |                                    |                      |
| Despesas Realizadas                       |                                                                          |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 6-CD                                      | 7-Data                                                                   | 8-Hora Inicia                                                               | 9-Hora Final            | 10-Tabela                          | 11-Código do Item    |
| 17- Registro ANVISA do Material           | 13.05.20                                                                 | a                                                                           | 13.05.20                | 00                                 | 0000012002           |
| 1 - 02                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML                                        |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 2 - 03                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAI0 GAMA 166.460 |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 3 - 03                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 4 - 03                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 5 - 03                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5-MUCAMBO                                       |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 6 - 07                                    | 19/09/2019                                                               |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 20 - Descrição:                           | TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                 |                                                                             |                         |                                    |                      |
| 12-Qtde.                                  | 13-Unidade de Medida                                                     | 14-Fator Red. / Acresc.                                                     | 15-Valor Unitário - R\$ | 19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |
| 5                                         | 001                                                                      | 1.00                                                                        | 0.81                    |                                    | 4.05                 |
| 15                                        | 036                                                                      | 1.00                                                                        | 0.64                    |                                    | 9.72                 |
| 25                                        | 038                                                                      | 1.00                                                                        | 0.04                    |                                    | 1.01                 |
| 1                                         | 036                                                                      | 1.00                                                                        | 1057.10                 |                                    | 1057.10              |
| 1                                         | 048                                                                      | 1.00                                                                        | 2.59                    |                                    | 2.59                 |
| 1                                         | 036                                                                      | 1.00                                                                        | 102.88                  |                                    | 102.88               |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)      |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 0.00                 |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)          |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 4.05                 |
| 23 - Total de Materiais (R\$)             |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 1070.42              |
| 24 - Total de OPME (R\$)                  |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 0.00                 |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)      |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 102.88               |
| 26 - Total de Diárias (R\$)               |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 0.00                 |
| 27 - Total Geral (R\$)                    |                                                                          |                                                                             |                         |                                    | 1177.35              |





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

2 - Nº Guia no Prestador 2941678000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal<br>2941678000000                                                                                      |  |
| 4 - Data de Autorização<br>19/09/2019                                                            |  | 5 - Sinha<br>2941678000                                                                                                            |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                                                                                    |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3267952                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                                                                             |  |
| 10 - Nome<br>PEDRO SOARES GOMES                                                                  |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                                                       |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                                                                                    |  |
| 13 - Código da Operadora<br>765915690000130                                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                       |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LORANE ENTRINGER FALQUETO                               |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                    |  |
| 17 - Número no Conselho<br>41                                                                    |  | 18 - UF<br>225230                                                                                                                  |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |  |                                                                                                                                    |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>19/09/2019                                                                                             |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição                                                  |  |
| 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                |  |                                                                                                                                    |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                                                                                    |  |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                                   |  | 30 - Nome do Contratado<br>LORANE ENTRINGER FALQUETO                                                                               |  |
| 31 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      |  | 32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>33 - Tipo de Consulta<br>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 19/09/2019 13:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                        |  |                                                                                                                                    |  |
| 2 19/09/2019 13:05 22 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM                |  |                                                                                                                                    |  |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |  |                                                                                                                                    |  |
| 001 1.0 100.00 100.00                                                                            |  |                                                                                                                                    |  |
| 001 1.0 56.50 56.50                                                                              |  |                                                                                                                                    |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                                        |  |                                                                                                                                    |  |
| 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\$)<br>156.50                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                       |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                   |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                       |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>156.50                                                                 |  | 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 2941678000000

|                                                                  |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 000000                                          |  | 8 - Número da Guia Principal                                              |  | 5 - Data Válida da Guia                                                   |  | 7 - Número da Guia Arquivo pela Operadora  |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde |  | 12 - Atendimento a PN                       |  |
| 4 - Data de Autorização 19/09/2019                               |  | 5 - Sentença                                                              |  | 9 - Validade da Garantia 31/12/2019                                       |  | 10 - Nome PEDRO SOARES GOMES               |  |                               |  | N                                           |  |
| Dados do Beneficiário                                            |  | 3267952                                                                   |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| Dados do Solicitante                                             |  | 76591569000130                                                            |  | 12 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora                                         |  |                                                                           |  | 16 - Conselho Profissional 6                                              |  | 17 - Número no Conselho 41698              |  | 18 - UF 41                    |  | 19 - Código CBO 225230                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados         |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
| 21 - Caracter. Atendim. 2                                        |  | 22 - Data da Solicitação 19/09/2019                                       |  | 23 - Indicação Clínica                                                    |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 24 - Tabela                                                      |  | 25 - Código do Procedimento                                               |  | 26 - Descrição                                                            |  |                                            |  | 27 - Qi. Solic.               |  | 28 - Qi. Autonz.                            |  |
| Dados do Contratado Executante                                   |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 29 - Código na Operadora 76591569000130                          |  | 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  | 31 - Código CNES 15563                      |  |
| Dados do Atendimento                                             |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 32 - Tipo Atendimento 04                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9             |  | 34 - Tipo de Consulta 1                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |                               |  |                                             |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados            |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 36 - Data                                                        |  | 37 - Hora Inicial/38 - Hora Final                                         |  | 39 - Tabela                                                               |  | 40 - Procedimento                          |  | 41 - Descrição                |  | 42 - Qtd                                    |  |
|                                                                  |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  | 3010794 Sutura                |  | 43 - Valor Unitário (R\$)                   |  |
|                                                                  |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  | 44 - Valor Total (R\$)                      |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)               |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 48 - Seq. Prof.                                                  |  | 49 - Grau Prof.                                                           |  | 50 - Carga na Operadora/CPE                                               |  | 51 - Nome do Profissional                  |  | 52 - Conselho Profissional    |  | 53 - Número no Conselho                     |  |
|                                                                  |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  | 54 - UF                       |  | 55 - Código CBO                             |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                            |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 1- / /                                                           |  | 3- / /                                                                    |  | 5- / /                                                                    |  | 7- / /                                     |  | 9- / /                        |  |                                             |  |
| 2- / /                                                           |  | 4- / /                                                                    |  | 6- / /                                                                    |  | 8- / /                                     |  | 10- / /                       |  |                                             |  |
| 58 - Observações / Justificativa                                 |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                   |  | 0.00                                                                      |  | 60 - Total Taxas e Encargos (R\$)                                         |  | 39.76                                      |  | 61 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 62 - Total de Procedimentos (R\$)                                |  | 0.00                                                                      |  | 63 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 64 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 39.76                                       |  |
| 65 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 66 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 67 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 68 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 69 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 70 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 71 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 72 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 73 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 74 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 75 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 76 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 77 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 78 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 79 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 80 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 81 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 82 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 83 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 84 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 85 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 86 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 87 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 88 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 89 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 90 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 91 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 92 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 93 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 94 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 95 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 96 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 97 - Total de Gêneros (R\$)   |  | 0.00                                        |  |
| 98 - Total de Gêneros (R\$)                                      |  | 0.00                                                                      |  | 99 - Total de Gêneros (R\$)                                               |  | 0.00                                       |  | 100 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 101 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 102 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 103 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 104 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 105 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 106 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 107 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 108 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 109 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 110 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 111 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 112 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 113 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 114 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 115 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 116 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 117 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 118 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 119 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 120 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 121 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 122 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 123 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 124 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 125 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 126 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 127 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 128 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 129 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 130 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 131 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 132 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 133 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 134 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 135 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 136 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 137 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 138 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 139 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 140 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 141 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 142 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 143 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 144 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 145 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 146 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 147 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 148 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 149 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 150 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 151 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 152 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 153 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 154 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 155 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 156 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 157 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 158 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 159 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 160 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 161 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 162 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 163 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 164 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 165 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 166 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 167 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 168 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 169 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 170 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 171 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 172 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 173 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 174 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 175 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 176 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 177 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 178 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 179 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 180 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 181 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 182 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 183 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 184 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 185 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 186 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 187 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 188 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 189 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 190 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 189 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 191 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 192 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 190 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 193 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 194 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 191 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 195 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 196 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 192 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 197 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 198 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 193 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 199 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 200 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 194 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 201 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 202 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 195 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 203 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 204 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 196 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 205 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 206 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 197 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 207 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 208 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 198 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 209 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 210 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 199 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 211 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 212 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 200 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 213 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 214 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 201 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 215 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 216 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 202 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 217 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 218 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 203 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 219 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 220 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 204 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 221 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 222 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 205 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 223 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 224 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 206 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 225 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 226 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 207 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 227 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 228 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 208 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 229 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 230 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 209 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 231 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 232 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 210 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 233 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 234 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 211 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 235 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 236 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 212 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 237 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 238 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 213 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 239 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 240 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 214 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 241 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 242 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 215 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 243 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 244 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 216 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 245 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 246 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 217 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 247 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 248 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 218 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 249 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 250 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 219 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 251 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 252 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 220 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 253 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 254 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 221 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 255 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 256 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 222 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 257 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 258 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 223 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 259 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 260 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 224 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 261 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 262 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 225 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 263 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 264 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 226 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 265 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 266 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 227 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 267 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 268 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 228 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 269 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 270 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 229 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 271 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 272 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 230 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 273 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 274 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 231 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 275 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 276 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 232 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 277 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 278 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 233 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 279 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 280 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 234 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 281 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 282 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 235 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 283 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 284 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 236 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 285 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 286 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 237 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 287 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 288 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 238 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 289 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 290 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 239 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 291 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 292 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 240 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 293 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 294 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 241 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 295 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 296 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 242 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 297 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 298 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 243 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 299 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 300 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 244 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 301 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 302 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 245 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  | 0.00                                                                      |  | 303 - Total de Gêneros (R\$)                                              |  | 0.00                                       |  | 304 - Total de Gêneros (R\$)  |  | 0.00                                        |  |
| 246 - Total de Gêneros (R\$)                                     |  |                                                                           |  |                                                                           |  |                                            |  |                               |  |                                             |  |

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Pedro Soares Gomes  
**Nº da Carteirinha:** 3.26.7952  
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 19/08/2013

**Nº da Guia:** 1395

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                                | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------------------------------|-------------------------|
| 19/09/2019         | 12:37:00 | Playground ( <b>Ex.: parquinho</b> ) | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                       | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> ) | Rosto           |

### Descrição

Aluno ao descer no escorregador bateu o queixo causando um corte.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Ana Luiza Peres                 | 19/09/2019 |

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

### Observações

Pais vieram buscar o aluno para levar.

Ass.:

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Paciente...: RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS  
 Convenio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 Sub Plano...: Plano.....: EMPRESARIAL  
 Medico/CRM: LUIZ MULLER AVILA / 29757  
 Guia.....: 2930191000 Validade...:  
 Carteira...: 278704 Validade...: 20/10/2019 Titular...: RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS  
 : RUA OTAVIO IGNACIO DA SILVA

Procedimento: 10101039 Em pronto socorro



| Grupo de Procedimento / Setor | Sub-Total | Taxas | Desconto                                           | Filme                  | Total         |
|-------------------------------|-----------|-------|----------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>   |           |       |                                                    |                        |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 102,88    |       |                                                    |                        | 102,88        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>   |           |       |                                                    |                        |               |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 162,78    |       |                                                    |                        | 162,78        |
|                               |           |       |                                                    |                        | 162,78        |
|                               |           |       |                                                    | <b>Total da Conta:</b> | <b>265,66</b> |
|                               |           |       | <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> |                        | <b>422,16</b> |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Total de TAXAS DE USO DE SALA: | 102.88 |
|--------------------------------|--------|

Total da Conta: 265,66

| Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------|-------------|----------|
|------|-------------|----------|

Atendimento: 2930191 - RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS Lote: 1558821 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF | Unid./Ativ. | HE      | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 09/09/2019                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UND         | N       | 1    | 100,0000    | 100,00   |
|                                            | LUIZ MULLER AVILA 29757 82129533000          | 59          | CLINICO |      |             |          |
| Total do Setor:                            |                                              |             |         |      |             | 100,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                              |             |         |      |             | 100,00   |

### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

#### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - Conv. - CPF       | Unid./Ativ. | HE      | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|---------|---------|------|-------------|----------|
| 09/09/2019                                  | 30718066 Fratura de umero - tratamento conservador | ATO         | N       | 100,00% | 1    | 56,5000     | 56,50    |
|                                             | LUIZ MULLER AVILA 29757 82129533000                | 59          | CLINICO |         |      |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                    |             |         |         |      |             | 56,50    |
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         |                                                    |             |         |         |      |             | 56,50    |
| Total Credenciados:                         |                                                    |             |         |         |      |             | 156,50   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                    |             |         |         |      |             | 422,16   |



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

2 - Nº Guia no Prestador 2930191000000

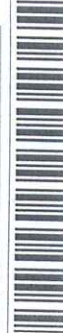
Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                              |  |                                                            |  |                                                     |  |                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                 |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2930191000  |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde             |  | 12 - Atendimento a RN<br>N               |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/09/2019                                                            |  | 5 - Senha<br>2930191000                                                      |  | 6 - Data de Validade da Senha                              |  | 10 - Nome<br>RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS            |  |                                          |  |
| 8 - Número da Carteira<br>278704                                                                 |  | 9 - Validade da Carteira<br>20/10/2019                                       |  | 10 - Nome<br>RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde             |  | 12 - Atendimento a RN<br>N               |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ MULLER AVILA |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                     |  | 17 - Número no Conselho<br>29757         |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                    |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                    |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante         |  |                                          |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                                           |  | 23 - Indicação Clínica                                                       |  | 24 - Tabela<br>2                                           |  | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial |  | 26 - Descrição                           |  |
| 27 - Ql Solic.                                                                                   |  | 28 - Ql Autoriz.                                                             |  |                                                            |  |                                                     |  |                                          |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                  |  |                                                     |  |                                          |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)                  |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento          |  |                                          |  |
| 36 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição                       |  |                                                                              |  |                                                            |  |                                                     |  |                                          |  |
| 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total                          |  |                                                                              |  |                                                            |  |                                                     |  |                                          |  |
| 48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPE 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\$)<br>0.00                                                        |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>102.88                               |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>162.78                    |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                    |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>265.66                                             |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização            |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável      |  | 68 - Assinatura do Contratado            |  |



| 1 - Registro ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|--------|------------|------------|-------------|---|-----|------|------|-------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|---------------|---|-----|------|-------|-------|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|-------------|---|-----|------|------|-------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|---------------|-----|-----|------|------|-------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|----------|-------------|---|-----|------|--------|--------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 - Número da Guia Referenciada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2930191000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 - Código na Operadora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 765915690000130                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 - Nome do Contratado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Despesas Realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><thead><tr><th>6-CD<br/>17-Registro ANVISA do Material</th><th>7-Data<br/>8-Hora Inicia</th><th>9-Hora Final</th><th>10-Tabela<br/>11-Código do Item</th><th>12-Qtde.</th><th>13-Unidade<br/>de Medida</th><th>14-Fator Red..<br/>/ Acresc.</th><th>15-Valor Unitário - R\$<br/>19-Nº Autorização de Funcionamento</th><th>16-Valor Total - R\$</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 - 03</td><td>09/09/2019</td><td>a 15:33:00</td><td>19 70034362</td><td>3</td><td>036</td><td>1,00</td><td>8,20</td><td>24,62</td></tr><tr><td colspan="9">20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869</td></tr><tr><td>2 - 03</td><td>09/09/2019</td><td>15:33:00</td><td>00 0000045567</td><td>4</td><td>045</td><td>1,00</td><td>18,31</td><td>73,27</td></tr><tr><td colspan="9">20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M</td></tr><tr><td>3 - 03</td><td>09/09/2019</td><td>15:33:00</td><td>19 70034664</td><td>3</td><td>045</td><td>1,00</td><td>9,03</td><td>27,09</td></tr><tr><td colspan="9">20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836</td></tr><tr><td>4 - 03</td><td>09/09/2019</td><td>15:33:33</td><td>00 0000068402</td><td>400</td><td>038</td><td>1,00</td><td>0,09</td><td>37,80</td></tr><tr><td colspan="9">20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM</td></tr><tr><td>5 - 07</td><td>09/09/2019</td><td>15:33:33</td><td>18 60023384</td><td>1</td><td>036</td><td>1,00</td><td>102,88</td><td>102,88</td></tr><tr><td colspan="9">20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</td></tr></tbody></table> |                         |              |                                |          |                         | 6-CD<br>17-Registro ANVISA do Material | 7-Data<br>8-Hora Inicia                                       | 9-Hora Final         | 10-Tabela<br>11-Código do Item | 12-Qtde. | 13-Unidade<br>de Medida | 14-Fator Red..<br>/ Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$<br>19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ | 1 - 03 | 09/09/2019 | a 15:33:00 | 19 70034362 | 3 | 036 | 1,00 | 8,20 | 24,62 | 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869 |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 - 03 | 09/09/2019 | 15:33:00 | 00 0000045567 | 4 | 045 | 1,00 | 18,31 | 73,27 | 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 - 03 | 09/09/2019 | 15:33:00 | 19 70034664 | 3 | 045 | 1,00 | 9,03 | 27,09 | 20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 - 03 | 09/09/2019 | 15:33:33 | 00 0000068402 | 400 | 038 | 1,00 | 0,09 | 37,80 | 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 - 07 | 09/09/2019 | 15:33:33 | 18 60023384 | 1 | 036 | 1,00 | 102,88 | 102,88 | 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-CD<br>17-Registro ANVISA do Material                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7-Data<br>8-Hora Inicia | 9-Hora Final | 10-Tabela<br>11-Código do Item | 12-Qtde. | 13-Unidade<br>de Medida | 14-Fator Red..<br>/ Acresc.            | 15-Valor Unitário - R\$<br>19-Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total - R\$ |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2019              | a 15:33:00   | 19 70034362                    | 3        | 036                     | 1,00                                   | 8,20                                                          | 24,62                |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10CMX1,8M 165.869                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2019              | 15:33:00     | 00 0000045567                  | 4        | 045                     | 1,00                                   | 18,31                                                         | 73,27                |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2019              | 15:33:00     | 19 70034664                    | 3        | 045                     | 1,00                                   | 9,03                                                          | 27,09                |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 - 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2019              | 15:33:33     | 00 0000068402                  | 400      | 038                     | 1,00                                   | 0,09                                                          | 37,80                |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 - 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2019              | 15:33:33     | 18 60023384                    | 1        | 036                     | 1,00                                   | 102,88                                                        | 102,88               |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |              |                                |          |                         |                                        |                                                               |                      |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |              |                                |          |                         | 26 - Total de Diárias (R\$)            |                                                               | 265,66               |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |              |                                |          |                         | 102,88                                 |                                                               | 0,00                 |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |              |                                |          |                         | 24 - Total de OPME (R\$)               |                                                               | 0,00                 |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |              |                                |          |                         | 162,78                                 |                                                               | 0,00                 |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 - Total de Materiais (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |              |                                |          |                         | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)   |                                                               | 0,00                 |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |              |                                |          |                         | 0,00                                   |                                                               | 0,00                 |                                |          |                         |                             |                                                               |                      |        |            |            |             |   |     |      |      |       |                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |   |     |      |       |       |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |      |       |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |               |     |     |      |      |       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |          |             |   |     |      |        |        |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

---





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

2 - Nº Guia no Prestador 2930191000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                        |  |                                                                                 |  |                                                                    |  |                                                                                                  |  |                                              |  |                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                      |  | 3 - Número da Guia Principal<br>2930191000000                                                                          |  | 6 - Data de Validade da Senha<br>2930191000                                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>2930191000          |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |                                              |  |                                  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/09/2019                                                                                                                                                                                           |  | 5 - Senha<br>2930191000                                                                                                |  | 10 - Nome<br>RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS                                        |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                            |  |                                                                                                  |  |                                              |  |                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>278704                                                                                                                                                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>20/10/2019                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO    |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ MULLER AVILA         |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                  |  |                                              |  |                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                                                                      |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                           |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ MULLER AVILA                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                    |  | 17 - Número no Conselho<br>29757                                                                 |  |                                              |  |                                  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ MULLER AVILA                                                                                                                                                                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                        |  | 17 - Número no Conselho<br>29757                                                |  | 18 - UF<br>41                                                      |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                                        |  |                                              |  |                                  |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                     |  | 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                       |  | 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                          |  | 23 - Indicação Clínica                                             |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                               |  |                                              |  |                                  |  |
| 26 - Descrição                                                                                                                                                                                                                  |  | 27 - Qt. Solic.                                                                                                        |  | 28 - Ql. Autoriz.                                                               |  | 29 - Nome do Contratado<br>LUIZ MULLER AVILA                       |  | 30 - Código CBO<br>15563                                                                         |  |                                              |  |                                  |  |
| 31 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                                                                     |  | 32 - Tipo Atendimento<br>2                                                                                             |  | 33 - Tipo de Consulta<br>1                                                      |  | 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento                         |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                       |  |                                              |  |                                  |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 09/09/2019 15:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO<br>2 09/09/2019 15:33 22 30718066 FRATURA DE UNERO - TRATAMENTO CONSERVADOR |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 100.00<br>001 1.0 56.50 |  | 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\$)<br>156.50                                                                                                                                                                                     |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                           |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                           |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                   |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>156.50 |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                                 |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                         |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                   |  | 69 - Assinatura do Contratado                                      |  | 70 - Assinatura do Contratado                                                                    |  | 71 - Assinatura do Contratado                |  | 72 - 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 2930191000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal<br>2930191000000                                | 6 - Data de Validade da Senha    | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 10 - Nome<br>RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde     | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 8 - Número da Carteira<br>278704                                                                 | 9 - Validade da Carteira<br>20/10/2019                                       |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZ MULLER AVILA                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>29757 | 18 - UF<br>41                               | 19 - Código CBO<br>225270                | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                            |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>09/09/2019                                       | 23 - Indicação Clínica           |                                             |                                          |                                             |                            |
| 24 - Tabela<br>25                                                                                | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                          | 26 - Descrição                   | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.           |                                          |                                             |                            |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                                   | 30 - Nome do Contratado<br>LUIZ MULLER AVILA                                 |                                  | 31 - Código CNES<br>15563                   |                                          |                                             |                            |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      | 33 - Indicação de Acontecimento (acidente ou doença relacionada)             | 34 - Tipo de Consulta<br>1       | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  |                                          |                                             |                            |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 1 09/09/2019 15:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                        |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 001                                                                                              |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                  |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -                                                         |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)                                                                |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                             |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 61 - Total de Materiais (R\$)                                                                    |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 62 - Total de OPME (R\$)                                                                         |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                 |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                             |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                                           |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                  |                                             |                                          |                                             |                            |



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Ruan Matheus Dunga de Jesus  
**Nº da Carteirinha:** 2.78.704  
**Instituição:** Escola Adventista Pinhais-EIEF



**Data de Nascimento:** 22/07/2012

**Nº da Guia:** 1339

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 09/09/2019         | 14:03:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| Queda de mesmo nível | Antebraço Direito, Cotovelo Direito |

### Descrição

Durante a aula de educação física o aluno tropeçou e caiu em cima do seu braço direito. O aluno sente muita dor ao movimentá-lo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof Paloma              | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Erik                            | 09/09/2019 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

### Observações

Foi aplicado gelo no local.

Ass.:

*Erik Fernando dos Santos de Araújo*

Erik Fernando Dos Santos De Araújo

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

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