

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

RPS nº. 369494, Série: U, emitido em 18/10/2019, conversão em 18/10/2019

Número da Nota

368128

Data e Hora de Emissão

18/10/2019 00:00:00

Código de Verificação

51U0B30R

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 SUL BRAS 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\$ 313,62

*Aguardando
Autorização do
AMA*

21 OUT. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$313,62

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	313,62	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.

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

Remessa: **132511** Competência: **10/2019**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Entrega: **18/10/2019**



Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
08/10/2019	08/10/2019	2962569000		1576254	2962569	ANNA BEATRIZ NEGRAO PIVA12117297	42,56
02/10/2019	02/10/2019	2955900000		1572675	2955900	BEATRIS VITORIA RIBEIRO DO 00000	38,13
04/10/2019	04/10/2019	2958078000		1573810	2958078	GABRIEL VEIGA ZITTLAU 000000000000	40,62
08/10/2019	08/10/2019	2962552000		1576239	2962552	GABRIELA FERREIRA GRUN DI377776	38,13
04/10/2019	04/10/2019	2958443000		1573990	2958443	MARIA JULIA CAVASSO SCRO 364012	38,13
07/10/2019	07/10/2019	2961175000		1575624	2961175	RAFAEL TEIXEIRA DA CRUZ 2375815	77,92
25/09/2019	25/09/2019	2948109000		1568313	2948109	RUAN MATHEUS DUNGA DE JE000000	38,13

Total : 7

313,62

Total Geral : 7

313,62

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 2962569000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 08/10/2019		5 - Senha 2962569000		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2117297		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome ANNA BEATRIZ NEGRAO PIVATTO		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ANTONIO BREDIA NETO		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ANTONIO BREDIA NETO		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Tipo Atendimento 05		27 - Qtd Solic. 28 - Qtd Autoriz.		29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr.Final 1 08/10/2019 21:46 21:46		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804070 RX - PERNÁ		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.56 42.56	
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\$) 42.56		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 42.56		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional	





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2962569000000

Folha: 1 / 1

2962569 911673

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2962569		6 - Data de Validade da Senha 2962569		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2962569		12 - Atendimento a RN N							
4 - Data de Autorização 08/10/2019		5 - Senha 2962569		10 - Nome ANNA BEATRIZ NEGRAO PIVATTO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
8 - Número da Carteira 2117297		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ANTONIO BREDIA NETO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37420		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.									
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 08/10/2019 21:46 21:46		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804070 RX - PERNA		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 42.56 42.56													
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional																	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																	
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /		2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /															
58 - Observação / Justificativa																	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 42.56		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 42.56					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado													



EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome

Anne

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado

Ana Beatriz Nogueira Pires

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

Nome
R. pereira (D) SP+P

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES

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

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

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

Y. Pereira

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	507234	Pedido:	911673		
Paciente:	ANNA BEATRIZ NEGRAO PIVATTO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	JOAO ANTONIO BREDAS NETO			Data Pedido:	08/10/2019 21:46:00
				Data Laudo:	10/10/2019 15:21:50

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembargador Motta, 1070 • Curitiba, PR, Brasil • CEP 80.250-060 • tel.: + 55 41 3310.1340 • + 55 41 3310.1342 • radiologia@hpp.org.br
www.pequenoprincipe.org.br • CNPJ: 76.591.569/0001-30 / Inscrição Estadual: isento / Inscrição Municipal: 5.002.035.943-2

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anna Beatriz Negrão Pivatto
Nº da Carteira: 2.11.7297
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 30/08/2008

Nº da Guia: 1495

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2019	19:45:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição
Aluna escorregou e bateu a perna direita e abriu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora	08/10/2019

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

Observações
Fizemos a higiene, gelo e curativo e ligamos para família.

Ass.:

Deizi D. Silva

Deizi Silva

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2955900000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/10/2019		5 - Senha 2955900000	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019	
10 - Nome BEATRIS VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707402096631775	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 27706		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/10/2019	
23 - Tipo Atendimento		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Cl. Solic.		28 - Cl. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 02/10/2019 15:57 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 38.13 38.13			
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part	
50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 38.13		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2955900000000

Folha: 1/1

2955900 909455

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código da Operadora 76591569000130	ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 02/10/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 02/10/2019 15:57 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 38.13 38.13			
Identificação do(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			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 38.13			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			





JOB N.º 036.08

REQUISICÃO DE EXAME

Nome Beatriz Vitória Ribeiro dos Santos ☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

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

Clínica _____ ☐ Amb. ☐ Emergência ☐ Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) Rx tórax 2) Al 1 Al 15° rot. int + Prof 3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

Tem exame anterior ☐ Não ☐ RX ☐ U.S ☐ T.A.C

☐ No Pequeno Príncipe ☐ Outro Serviço

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

Técnico R.X.

Ctba, 02 de outubro de 2019

Médico - CRM

Cód 246

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 342764 Pedido: 909455
Paciente: BEATRIS VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI

Data Pedido: 02/10/2019 15:57:00
Data Laudo: 03/10/2019 15:22:11

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas integras.

Espaços articulares mantidos.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatris Vitoria Ribeiro dos Santos

Nº da Carteirinha: 3.30.2226

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 23/06/2006

Nº da Guia: 1402



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2019	11:14:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torceu o pé com a bola.	Pé Direito

Descrição
Estava brincando com a bola quando torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eliza de Oliveira Dos Sants de Assunção	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eliza de Oliveira Dos Sants de Assunção	23/09/2019

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

Observações
Estava brincando com a bola quando torceu o pé.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO: <u>Beatriz Vitória Ribeiro das Santos</u>			
ESTIPULANTE:		APÓLICE N.º	
ENDEREÇO: <u>Travessa Antonio Costa</u>		CIDADE: <u>Curitiba</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>23-09-2019</u>	HORAS:	LOCAL ONDE OCORREU: <u>Colegio Adventista</u>	MUNICÍPIO: <u>PR</u>
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS <u>A aluna Beatriz Vitória estava na quadra de esporte e fez chute na bola e fraturou o pé.</u>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):			
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA): <u>Professores e diretor da escola e o pai em seguida</u>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <u>Imediatamente do ocorrido</u>			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <u>Dra. Mateus Caldeira Hospital Pequeno Principe</u>			
HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?			
QUAL ? <u>Não</u>			
CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS			
OBSERVAÇÕES: <u>Vista Alegre</u>			
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS			
<u>Curitiba</u> LOCAL	<u>02-10-2019</u> DATA	<u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO SEGURADO	

[Assinatura]



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

2 - Nº Guia no Prestador 2958078000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/10/2019		5 - Senha 2958078000	
6 - Data de Validade da Senha 2958078000			
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2958078000			
8 - Número da Carteira 000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019	
10 - Nome GABRIEL VEIGA ZITTLAU		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218	
12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76591569000130			
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 35016		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 04/10/2019			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76591569000130			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 05			
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)			
34 - Tipo de Consulta 9			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 04/10/2019 12:04 22 40803112 RX - FUNHO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.62 40.62			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 40.62		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	



CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

2 - Nº Guia no Prestador 2958078000000

Folha: 1 / 1

29580780 - 910186

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	10 - Nome GABRIEL VEIGA ZITTLAU	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002358766218	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019						
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO						
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35016	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 04/10/2019	23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO						
Dados do Atendimento							
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (epidemiológico ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 04/10/2019 12:04 22 40803112 RX - PUNHO							
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.62 40.62							
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
Dados da Execução / Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /						
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.62	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 40.62	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização							
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
68 - Assinatura do Contratado							



SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Atul.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/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

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

Calvin Veery

Johny

Rv Junho D Sp+P

40803112

4.10.2019

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 143196 Pedido: 910186
Paciente: **GABRIEL VEIGA ZITTLAU**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES

Data Pedido: 04/10/2019 12:04:00
Data Laudo: 04/10/2019 14:22:57

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Veiga Zittlau

Nº da Carteira: 2.32.4600

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 06/11/2006

Nº da Guia: 1465



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/10/2019	09:04:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
Bola bateu e levou mais do que o normal para trás,,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigos,,,	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Paulo,,,	04/10/2019

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

Observações
Mãe o levará ao especialista (Hosp. Peq. Príncipe pelo colégio),,,

Ass.: _____

Rudimar Roberto Nemitz

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

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>GABRIEL VEIGA ZITZAU</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>4600</u>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colégio Adv. ALTO BOQUEIRÃO</u>		TELEFONE: <u>3051-8600</u>
ENDEREÇO: <u>Rua: Bom Pastor - 606</u>		CIDADE: <u>CTBA</u> UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>04/10/19</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☒ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Vendo futebol, bola levou a mão p/ trás mais do
que o normal

Prof. Rhodri Nemitz
Coordenador Disciplinas

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Amigos

TELEFONE: 3051-8600

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

MONITOR

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

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

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

→ radmar.nemitz



2 - N° Guia no Prestador 2962552000000

1 / 1

[illegible]



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 2962552000000

Folha: 1 / 1

2962552 91670

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2962552	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2962552	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/10/2019	5 - Senha 2962552			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 37776	9 - Validade da Carteira 30/12/2019	10 - Nome GABRIELA FERREIRA GRUN DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ANTONIO BREDIA NETO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37420
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/10/2019 21:11 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13				
Identificação de(a) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00				65 - Total Geral (R\$) 38.13
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Solicitante	
8 - Número da Carteira		2962552		9 - Validade da Carteira		Gabriela		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
13 - Código na Operadora				14 - Nome do Contratado		Gabriela Ferreira Gouveia		17 - Número no Conselho		18 - UF	
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional				19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
24 - Tabela		01/10/19		Rx		M00(D) AP + Pop. 9 + Obligo		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
29 - Código na Operadora				30 - Nome do Contratado				31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data				37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição				42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)				47 - Valor Total (R\$)				48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF				51 - Nome do Profissional				52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF				55 - Código CBO				56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa				59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. João A. Breda Neto
CRM-SP 37.420

Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 66061 Pedido: 911670
Paciente: **GABRIELA FERREIRA GRUN DOS SANTOS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO ANTONIO BREDÁ NETO

Data Pedido: 08/10/2019 21:11:00
Data Laudo: 10/10/2019 16:14:47

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Ferreira Grun dos Santos

Nº da Carteirinha: 3.7.7776

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 18/08/2005

Nº da Guia: 1493

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2019	16:33:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava em aula de educação física jogando vôlei, quando a bola bateu no dedo polegar causando uma luxação no local. Foi atendida no ambulatório do colégio para um primeiro atendimento, em seguida foi acionada a equipe médica da Summus para melhor avaliar a aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas de Sala	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Josi Mattos	08/10/2019

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

Observações
A aluna recebeu os primeiros atendimentos na enfermaria e em seguida a equipe médica da summus veio até o colégio para melhor avaliar a aluna.

Ass.:

Sérgio Alves

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

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



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2958443000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2958443000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2958443000	
4 - Data de Autorização 04/10/2019		6 - Data de Validade da Senha		10 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
8 - Número da Carteira 364012		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		12 - Atendimento a RN	
13 - Código da Operadora 76591569000130		15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 35016	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 04/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 04/10/2019 16:18 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	
42 - Qcde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 38.13		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
58 - Observação / Justificativa		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Responsável	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.13		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

369128



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

2 - N° Guia no Prestador 2958443000000

Folha: 1 / 1

2958443 - 910288

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2958443	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0000000					
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 35016	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/10/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 04/10/2019 16:18 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 38.13					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
364012
9 - Validade da Carteira
31.12.2019

10 - Nome

Nome Carlos C. S. Cook

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Nome Carlos C. S. Cook

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cide. Solic.

28 - Cide. Aut.

29 - Código do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Código do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Contratado

284 - Assinatura do Contratado

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura do Contratado

287 - Assinatura do Contratado

288 - Assinatura do Contratado

289 - Assinatura do Contratado

290 - Assinatura do Contratado

291 - Assinatura do Contratado

292 - Assinatura do Contratado

293 - Assinatura do Contratado

294 - Assinatura do Contratado

295 - Assinatura do Contratado

296 - Assinatura do Contratado

297 - Assinatura do Contratado

298 - Assinatura do Contratado

299 - Assinatura do Contratado

300 - Assinatura do Contratado

301 - Assinatura do Contratado

302 - Assinatura do Contratado

303 - Assinatura do Contratado

304 - Assinatura do Contratado

305 - Assinatura do Contratado

306 - Assinatura do Contratado

307 - Assinatura do Contratado

308 - Assinatura do Contratado

309 - Assinatura do Contratado

310 - Assinatura do Contratado

311 - Assinatura do Contratado

312 - Assinatura do Contratado

313 - Assinatura do Contratado

314 - Assinatura do Contratado

315 - Assinatura do Contratado

316 - Assinatura do Contratado

317 - Assinatura do Contratado

318 - Assinatura do Contratado

319 - Assinatura do Contratado

320 - Assinatura do Contratado

321 - Assinatura do Contratado

322 - Assinatura do Contratado

323 - Assinatura do Contratado

324 - Assinatura do Contratado

325 - Assinatura do Contratado

326 - Assinatura do Contratado

327 - Assinatura do Contratado

328 - Assinatura do Contratado

329 - Assinatura do Contratado

330 - Assinatura

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	506808	Pedido:	910288		
Paciente:	MARIA JULIA CAVASSO SCROK				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES			Data Pedido:	04/10/2019 16:18:00
				Data Laudo:	10/10/2019 14:31:18

RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura da base da falange média.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Julia Cavasso Scrok
Nº da Carteirinha: 3.6.4012
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/01/2006

Nº da Guia: 1466

Data da Ocorrência	Horário	Local
04/10/2019	10:30:00	Ginásio

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Jogando basquete, a bola acertou seu dedo de forma intensa.

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Na atividade de basquete, a colega arremessou a bola para a Maria, a qual ao receber a bola pegou de mau jeito, machucando assim o 5º dedo da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Professor Ricardo

Data

04/10/2019

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Primeiros socorros e observações foram realizadas pelo Professor de Ed. Física Ricardo, foi adicionado gelol e uma tala para auxiliar nas dores.

Ass.: P/

Ana Cristina dos Santos Luiz Festa

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

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

Impresso por: Ana Cristina dos Santos Luiz Festa



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2961175000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2961175000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 07/10/2019		5 - Senha 2961175000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome RAFAEL TEIXEIRA DA CRUZ		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2375815							
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código da Operadora 765915690000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		19 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		17 - Número no Conselho 16725		18 - Código CBO 225124			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 07/10/2019		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
21 - Caracter do Atendimento 1							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		15563	
29 - Código na Operadora 765915690000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
05		9					
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 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 07/10/2019 21:20 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)				001 1.0 38.13			
2 07/10/2019 21:20 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO				001 1.0 39.79			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /							
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.92		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 77.92			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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 2961175000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 2961175	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2961175	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 07/10/2019	5 - Senha 2961175	9 - Validade da Carteira 07/10/2019	10 - Nome RAFAEL TEIXEIRA DA CRUZ		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira ADVENTISTA					
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16725	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/10/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
1 07/10/2019 21:20 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)	1.0 38.13	001	1.0 39.79		
2 07/10/2019 21:20 22 40804097 RX - FE OU FOLDOACTILLO	1.0 39.79	001			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /				
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 77.92	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 77.92					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS
2 - Número da Guia Principal
3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Sentença

6 - Data de Validade da Sentença
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
13 - Nome do Contratante
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código CINES

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

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/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
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

Paulo Teixeira da Silva

Patrick Padoani
Médico
CRM/SC 23821

Entorse tornozelo

De tornozelo E AP+P
De AP+P

07/10/2010 E. J. da Silva



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº 52184

Emergências Médicas

Nº DA SOLICITAÇÃO	DATA 02/10	HORA 11:15	VTR 04	BASE	RADIO OPERADOR Lucas
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Gabriel Teixeira da Cruz				IDADE 13	SEXO ☒ M ☐ F
CONTRATO Adventista				Nº DA CARTEIRINHA	
MOTIVO DO CHAMADO Dor na barriga					
USO DE MEDICAMENTOS CONTÍNUOS?		ESCALA DE GLASGOW 15			
		ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
		ESPONTANEAMENTE ☒ 4		ORIENTADO E DIALOGA ☒ 5	
		AO CHAMADO ☐ 3		CONFUSO ☐ 4	
		À DOR ☐ 2		PALAVRAS INADEQUADAS ☐ 3	
		SEM RESPOSTA ☐ 1		SONS INCOMPREENSÍVEIS ☐ 2	
				SEM RESPOSTA ☐ 1	
SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS					
HORA	P.A.S.	P.A.D.	TEMP.	F. RESP.	F.C.
ANTECEDENTES					
NENHUM ☐ CARDIOP. ☐ HAS ☐					
ALERGIA ☐ ASMA ☐ AVE ☐					
DIABETES I ☐ II ☐ CONVULSÃO ☐					
OUTROS: ☐					
EXAME NEUROLÓGICO					
NÃO EXAMINADO ☐					
NORMAL ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ NÃO REAGENTE ☐ BABINSKI (*) ☐					
VIGILIA ☐ TOPOROSO ☐ LÚCIDO ☐ EXCITADO ☐ DESORIENTADO ☐ DEPRIMIDO ☐					
AFASIA ☐ APRAXIA ☐ COMA GRAU ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ CONV. GEN. ☐ LIB. ESFINCTER ☐					
RIG. NUCA ☐ CONV. FOCO ☐					
DEF. MOTOR ☐					
ALT. SENT. ☐					
ALT. SENSORIAL ☐					
OUTROS ☐					
ECG RITMO ☐ F.C. ☐ NORMAL ☐					
☐ NÃO REALIZOU					
PSIQUIÁTRICO					
NORMAL ☐ ANSIOSO ☐ DEPRESSIVO ☐ AGRESSIVO ☐					
DELÍRIO ☐ NÃO FOI INVESTIGADO ☐					
VIOLENTO ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐					
ABDÔMEN					
NÃO EXAMINADO ☐					
NORMAL ☐ HERNIA ☐ EVENTRAÇÃO ☐ EVISCERAÇÃO ☐					
HEMATEMESE ☐ MELENA ☐ ENTERORRAGIA ☐ RENITENTE ☐					
DISTENDIDO ☐ ASCITE ☐ DOLOROSO ☐					
CONTRATURA ☐ MAC BURNIEY ☐ MURPHY ☐					
RHA + ☐ HEPATOMEG ☐ ESPLENOMEG ☐					
OUTROS ☐					
UROGENITAL					
NÃO EXAMINADO ☐					
NORMAL ☐ HEMATURIA ☐ GLOBO VESICAL ☐					
ANURIA ☐ SONDA VES. ☐ DOR TESTIC. ☐ PUNHO PREC. (+) ☐					
OUTROS ☐					
GINECO OBSTÉTRICO					
NÃO EXAMINADO ☐					
NORMAL ☐ HEMORR. VAGINAL ☐ DOR PÉLVICA ☐					
GRAVIDEZ ☐ AMEAÇA DE ABORTO ☐ PARTO DOMIC. ☐					
OUTROS ☐					
DIAGNÓSTICOS					
TRATAMENTO					
Dolores tópicos.					
RESUMO CLÍNICO					
Paciente sofreu torções em MII ☒ realizado analgesia tópica e enfaixado. Orientado familiar a procurar atendimento médico nospto lar para realizar RX de tornozelo.					
DESTINO DO PACIENTE					
CARIMBOS E ASSINATURA RECEPTOR					
MÉDICO					
CONDUTOR					
PACIENTE OU RESPONSÁVEL					

Enf. Valmar Koppe
Coren 532389

CONDUTOR

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 507102 Pedido: 911201
Paciente: **RAFAEL TEIXEIRA DA CRUZ**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: PATRICK PADOANI

Data Pedido: 07/10/2019 21:20:00
Data Laudo: 10/10/2019 14:57:19

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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


MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Teixeira da Cruz
Nº da Carteirinha: 2.37.5815
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 08/03/2006

Nº da Guia: 1475

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/10/2019	10:46:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno no lance de jogo cai sobre o pé esquerdo sentindo muita dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Robson	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Robsom	07/10/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Foi solicitado atendimento da ambulância no colégio.


Christiane Pereira
Aux. Tesouraria

Ass.:



Tânia Mara Luz De Oliveira

COLÉGIO ADVENTISTA CENTENÁRIO
Rua Argélia, nº 85 - Centenário
CEP 82960-200 - CURITIBA - PR
FONE: (41) 3226-3636
CNPJ: 76.726.884/0067-54

76.726.884/0067-54

IASBE - CENTENÁRIO

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)

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

Curitiba - PR

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

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

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

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2948109000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 25/09/2019		5 - Senha 2948109000		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO AZALIM BATISTA BARBOSA MENDES			
16 - Nome do Profissional 6		17 - Número no Conselho 42115		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/09/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/09/2019 15:40 15:40 22 40803090 RX - COTOVELO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.13			
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 2948109000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	10 - Nome RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019						
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO						
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO AZALIM BATISTA BARBOSA MENDES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 42115	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/09/2019	23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela							
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição						
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.							
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO						
Dados do Atendimento							
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	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 25/09/2019 15:40 15:40 22 40803090 RX - COTOVELO							
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total							
001 1.0 38.13 38.13							
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional							
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /							
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 38.13							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização							
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
68 - Assinatura do Contratado							



Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	256967	Pedido:	906837		
Paciente:	RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	BRUNO AZALIM BATISTA BARBOSA MENDES			Data Pedido:	25/09/2019 15:40:00
				Data Laudo:	26/09/2019 16:10:26

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea íntegro.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISICÃO DE EXAME

Nome Bruno Nathan Braga ☐ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA
Idade _____ Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS
Clínica Rx cateto ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto 472 Leito _____
Exames Requistados: 1) _____ 2) _____ 3) _____

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado
Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspensa Clínica _____
Resumo Clínico _____

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

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

Técnico R.X

Ctba, _____ de _____ de _____
Dr. Bruno Azalim Batista Barbosa Mendes
Médico
CRM/PR 42.115
Médico - CRM

Cód 246

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: 1757

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

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

Descrição
Caiu correndo na educação física

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erick	(41) 3097-7450

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
retroativo

Ass.: _____

Gabriel Morales

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

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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:			
Ruan Mothais Dunga de Jesus			
ESTIPULANTE:		APÓLICE N.º	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
R. Olovia Ignacio dos Silos		Pinoqueiro	
UF:		PR	
DATA DA OCORRÊNCIA:	HORAS:	LOCAL ONDE OCORREU:	MUNICÍPIO:
09/09/2019	14:00	Escola Adventista Pinheiro	
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS			
com contusão na cabeça súbita			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):			
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):			
Enick			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
09/09/2019			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
João Antonio Hospital Pequeno Príncipe			
HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?			
QUAL ?			
não			
CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS			
OBSERVAÇÕES:			
O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS			
LOCAL		DATA	ASSINATURA DO SEGURADO
Punitivo		23/09	

