

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

RPS nº. 371100, Série: U, emitido em 31/10/2019, conversão em 31/10/2019

Número da Nota

369696

Data e Hora de Emissão

31/10/2019 00:00:00

Código de Verificação

YF10M30S

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\$ 281,06

01 NOV. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$281,06**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	281,06	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

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

Remessa: **133222** Competência: **11/2019**

Entrega: **01/11/2019**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**



Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
23/10/2019	23/10/2019	2978990000		1584907	2978990	BEATRIS VITORIA RIBEIRO DO 3302226	
11/10/2019	11/10/2019	2965796000		1577823	2965796	CAMILE CELESTINO MELO 00000000000	38,13
25/10/2019	25/10/2019	2981459000		1586107	2981459	KATYE SCHUSTER MUNIZ 2376448	126,05
18/10/2019	18/10/2019	2973483000		1582012	2973483	MARIA JULIA CAVASSO SCRO 364012	40,62
23/10/2019	23/10/2019	2978975000		1584897	2978975	RUAN MATHEUS DUNGA DE JE0000000	38,13
Total : 5							281,06
Total Geral : 5							281,06



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

2 - Nº Guia no Prestador 297899000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2978990000	6 - Data de Validade da Senha 2978990000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2978990000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707402096631775	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 3302226	9 - Validade da Carteira 01/10/2020	10 - Nome BEATRIS VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS				
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 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 23/10/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição						
27 - Qi Solic. 28 - Qi 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 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 23/10/2019 13:52 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)						
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total						
001 1.0 38.13 38.13						
Identificação do(a) Profissional(iz) Executante(s)						
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -						
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 38.13						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2978990000000

Folha: 1 / 1

917219 - 2978990

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2978990		6 - Data de Validade da Senha 2978990		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2978990		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707402096631775		12 - Atendimento a RN N									
8 - Número de Carteira 3302226		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome BEATRIS VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS		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	
21 - Cartão do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 23/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.							
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 23/10/2019 13:52 13:52 22		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13		48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 48-Sg.Ref. 49-Gr.Part 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 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 23/10/19		68 - Assinatura do Contratado																	



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

2 - Nº Guia no Prestador

Clinica Advento

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES			
29 - Código na Operadora		30 - Nome 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 - 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\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		54 - UF		55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado			

Lucio Ricci Perotti

Fratura muleta lateral (Fíbula distal direita)

Rx Anti l tenozolo (D)

40004080

23/10/19

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatris Vitoria Ribeiro dos Santos
Nº da Carteira: 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.:

Danielle Souza Da Silva

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

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 342764 Pedido: 917219
Paciente: **BEATRIS VITORIA RIBEIRO DOS SANTOS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI

Data Pedido: 23/10/2019 13:52:00
Data Laudo: 24/10/2019 16:59:51

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



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

Camile Celestino Mulo

Nº DA MATRÍCULA:

1965

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Colégio Adventista Paranaquã

TELEFONE:

ENDEREÇO:

Rua Manoel Conca 830

CIDADE:

Paranaquã

UF:

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

11/10/19

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?

HORÁRIO DA OCORRÊNCIA:

9h20

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Stark sport

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Ela estava assistindo ao jogo e levou uma bolada na nuca

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:

NOME:

Arbitro e colegas

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

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

CNPJ: 15.116.763/0004-12 / Alameda Júlia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3240-2931 / (41) 99619-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2965796000		6 - Data de Validade da Senha 2965796000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2965796000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N											
4 - Data de Autorização 11/10/2019		8 - Número da Carteira 00000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome CAMILLE CELESTINO MELO		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO DA SILVA SANTOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 34162		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cardiot de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.		31 - Código CNES 15563									
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Tipo Atendimento 11		32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 40.87 40.87 001 40.46 40.46 001 44.72 44.72									
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 11/10/2019 11:15 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS 2 11/10/2019 11:15 22 40802019 RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS 3 11/10/2019 11:15 22 40802035 RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS		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\$) 126.05		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\$) 126.05							
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 - N° Guia no Prestador 2965796000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2965796	6 - Data de Validade da Senha 2965796	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2965796	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome CAMILLE CELESTINO MELO		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 PAULO DA SILVA SANTOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 34162	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/10/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		
Dados do Contratado Executante					
29 - Código da Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	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 11/10/2019 11:15 11:15 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS					
2 11/10/2019 11:15 11:15 22 40802019 RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS					
3 11/10/2019 11:15 11:15 22 40802035 RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 40.87 40.87					
001 1.0 40.46 40.46					
001 1.0 44.72 44.72					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
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\$) 126.05					
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\$) 126.05					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					



Clinica Adventista 23.01.03

Carol
K. Shuck

912275

285596

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

Dados do Beneficiário
6 - Número da Carteira
7 - Validade da Carteira
8 - Nome do Contratado

9 - Nome
10 - Nome do Conselho

11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante
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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

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

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

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

31 - Código CINES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

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

48 - Suq. Ref. 49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CNPJ
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 Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Contratado

Dr. João Paulo S. Santos
pediatra
CRM-PR 34162

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 507522	Pedido: 912775	
Paciente: CAMILE CELESTINO MELO		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante: JOAO PAULO DA SILVA SANTOS	Data Pedido: 11/10/2019 11:15:00	
	Data Laudo: 17/10/2019 17:46:45	

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Ausência de calcificações patológicas.

Sela túrcica de tamanho normal.

RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL E DORSAL

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Alinhamento vertebral normal.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

Pedículos e estruturas do arco posterior com aspecto habitual.

Articulações interapofisárias anatômicas.

*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



2 - N° Guia no Prestador **298145900000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2981459000		6 - Data de Validade da Senha 2981459000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2981459000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 25/10/2019		8 - Número da Carteira 2376448		9 - Validade da Carteira 01/10/2020		10 - Nome KATYE SCHUSTER MUNIZ		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Taboia 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Ql Solic.		28 - Ql Autoriz.							
29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563							
32 - Tipo Atendimento 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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/10/2019 13:27 13:27 22 40603112 RX - FUNHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 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 1 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		58 - Observação / Justificativa		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 40.62		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			

Indirizzo: L'ZINE ASSORANZO

[illegible]

Agenda No. 2381459

CONVENCION CA ADVENTISTA DE C.R.T.R.A.





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 2981459000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 2981459		6 - Data de Validade da Sente 2981459		7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora 2981459		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 25/10/2019		5 - Senha 2981459		9 - Validade da Carteira 01/10/2020		10 - Nome KATYE SCHUSTER MUNIZ		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		6 - Número da Carteira 2376448		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA	
Dados do Solicitante		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 29757		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/10/2019		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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/10/2019 13:27 22 40803112 22 RX - FUNHO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.62 40.62	
48 - Sq. Res.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof	
53 - Conselho Prof		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	



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

2 - Nº Guia no Prestador

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		17 - Número no Conselho		18 - UF	
8 - Número da Carteira		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/GPF		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					

JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

Jorge A. Ledesma

*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.

Relações articulares mantidas.

Fratura no terço distal do rádio

Controle

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Centro de Imagem Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada	
Prontuário: 501511	Paciente: KATYE SCHUSTER MUNIZ
Convenção: CLINICA ADVENTISTA	Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA
Data Pedido: 25/10/2019 13:27:00	Data Laudo: 28/10/2019 16:00:33

Aluno: Katye Schuster Muniz
Nº da Carteirinha: 2.37.6448
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 16/02/2014

Nº da Guia: 1588

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2019	11:23:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna cai sobre o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tania Mara	(41) 3226-3636
Tania Mara	(41) 3226-3636

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Mãe solicita nova via.

Ass.:

Tânia Mara Luz De Oliveira

Tânia Oliveira
Coord. Disciplinar

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

Daniilo Pietrosk de Oliveira
Vice Diretor - CAC

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Julia Cavasso Scrok

Nº da Carteira: 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 gelo 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

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

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

Impresso por: Ana Cristina dos Santos Luiz Festa

3811062019



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

2 - Nº Guia no Prestador 2973483000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 18/10/2019	5 - Senha 2973483000	10 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 364012	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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 25919	18 - UF 41		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 18/10/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
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					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
31 - Código CNES 15563					
32 - Tipo Atendimento 05					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 18/10/2019 09:41 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 38.13 38.13					
Identificação do(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					





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

2 - Nº Guia no Prestador 2973483000000

Folha: 1 / 1

2973483 915308

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha 2973483		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2973483	
4 - Data de Autorização 18/10/2019		5 - Senha 2973483		10 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 364012		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		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		16 - Conselho Profissional 6		18 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		17 - Número no Conselho 25919		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 18/10/2019		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição					
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) 9		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 1 18/10/2019 09:41 09:41		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13			
Identificação do(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 fant Cláudia G... 18/10/2019		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/10/2019		68 - Assinatura do Contratado			



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISIÇÃO DE EXAME

☒ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Marcos Junior Nº Registro
Idade Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS
Clínica Rx S-O-E AP-P ☐ Amb. ☒ Emergência Quarto Leito
Exames Requistados: 1)
2)
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, 18 de Outubro de 19

Médico - CRM

Cód 246

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25.519
Ortopedia e Traumatologia

18/10/2019 forada Clinic Caruaru

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 506808 Pedido: 915368
Paciente: **MARIA JULIA CAVASSO SCROK**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

Data Pedido: 18/10/2019 09:41:00
Data Laudo: 18/10/2019 11:13:03

RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Controle

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.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



2 - N° Guia no Prestador 2978975000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2978975000		6 - Data de Validade da Senha 2978975000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2978975000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 23/10/2019		5 - Senha 2978975000		6 - Data de Validade da Senha 2978975000		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2978975000		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		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 VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 16725		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23/10/2019		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 (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 23/10/2019 13:42 22 40803090 RX - COTOVELO		42-Qtdde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 36.13 36.13		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 de Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável		70 - Assinatura do Responsável		71 - Assinatura do Responsável	

Correspondence: Dr. L. Zine A. Soranzo, Department of Pathology, University of Turin, 10126 Turin, Italy. E-mail: loris.zine@unito.it

08:31:02: 3'29'22.9" 5.734

1000





2 - N° Guia no Prestador 2978975000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 2978975	10 - Nome RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 23/10/2019	5 - Surtia 2978975	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225124
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante			
8 - Número da Carteira 0000000	13 - Código da Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16725	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		Dados do Atendimento			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 23/10/2019	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
Dados do Contratado Executante		Dados do Atendimento			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Dados do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 23/10/2019 13:42 22 13:42	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40803090 RX - COTOVELO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
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					

REQUISIÇÃO DE EXAME

☒ CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome RUAN MATHEUS BUNGA DE JESUS

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

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

Exames Requisitados:

1) Do de cotovelo 2) AP + P 3) S1 TALA

☐ 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, 25 de Setembro de 2019

Dra. Gabriela Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 35900
RÉBIT 16815

Médico - CRM

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	256967	Pedido:	917213		
Paciente:	RUAN MATHEUS DUNGA DE JESUS				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	VICTOR HORACIO DE SOUZA COSTA JUNIOR			Data Pedido:	23/10/2019 13:42:00
				Data Laudo:	24/10/2019 16:52:39

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Os seguintes aspectos foram observados:

Espessamento periosteal em úmero distal.

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

Clinica Adventista

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME DO SEGURADO:

Ruan Mathews Dunga de Jesus

ESTIPULANTE:

APÓLICE N.º

ENDEREÇO:

R. Ottonio Ignacio da Silva Pinheiro

CIDADE:

UF:

DATA DA OCORRÊNCIA:

09/09/2019

HORAS:

14:00

LOCAL ONDE OCORREU:

Clinica Adventista

MUNICÍPIO:

Pinheiro

PR

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

com contusão na região física.

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

HOVE 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

[Assinatura]

LOCAL

25/09/2019

DATA

[Assinatura]

ASSINATURA DO SEGURADO