



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

RPS nº. 375346, Série: U, emitido em 10/12/2019, conversão em
10/12/2019

Número da Nota

374153

Data e Hora de Emissão

10/12/2019 00:00:00

Código de Verificação

UIZS9E0Y

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: IGUAÇÚ, 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\$ 887,81

10 DEZ. 2019

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$887,81

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	887,81	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: **135187** Competência: **12/2019** Entrega: **10/12/2019**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal



Período		Guia TISS		Guia	Nr.Conta	Atendimento		Nr. Carteira	Valor
06/11/2019	06/11/2019	2994547000			1593142	2994547	ANA LAURA LUZA	278797	39,79
25/10/2019	25/10/2019	2981856000			1586376	2981856	CAMILA DE FREITAS ROSA	2325072	38,13
01/11/2019	01/11/2019	2988899000			1590164	2988899	CHRISTIAN CHATALOV BARBO	2332351	38,13
01/11/2019	01/11/2019	2989084000			1590256	2989084	ENZO LOURENCO EUFRASIO	377110	39,79
06/11/2019	06/11/2019	2994907000			1593398	2994907	EZEQUIEL RODRIGO PAZ ADIE	3264546	39,79
12/11/2019	12/11/2019	3001341000			1596785	3001341	GUILHERME VINCENZO CARM	3302183	40,87
12/11/2019	12/11/2019	3001286000			1596736	3001286	JOAO GUSTAVO DE SOUZA SC	367162	44,72
29/10/2019	29/10/2019	2985710000			1588612	2985710	JULLYA LICNERSKI INACIO	2335864	375,07
01/11/2019	01/11/2019	2989499000			1590492	2989499	MARIA EDUARDA PIMENTEL D	2116485	38,13
13/11/2019	13/11/2019	3002478000			1597327	3002478	PAOLLA CRISTINA BORON	377642	38,13
12/11/2019	12/11/2019	3001071000			1596563	3001071	RAIKA PROSPERO GOMES	3267618	40,87
13/11/2019	13/11/2019	3002117000			1597081	3002117	RODNEY AGUIAR SCHIMITT F	2332701	38,13
30/10/2019	30/10/2019	2986896000			1589171	2986896	SOFIA VICTORIA LAMEDA ORC	2116983	38,13
12/11/2019	12/11/2019	3001059000			1596555	3001059	YASMIN SIMIRAMIS DE OLIVE	IF6814	38,13
Total : 14									887,81
Total Geral : 14									887,81



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

2 - Nº Guia no Prestador 3001059000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001059000	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 12/11/2019	5 - Senha 3001059000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708806790031610	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 6814	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome YASMIN SIMIRAMIS DE OLIVEIRA MALLAORQUIN	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	
16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39478	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 12/11/2019 14:49 14:49	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(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			





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 3001059000000

Folha: 1 / 1
8001059 924563

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 3001059	6 - Data de Validade da Senha 3001059	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001059	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000000000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome YASMIN SIMIRAMIS DE OLIVEIRA MALLAORQUIN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708806790031610	
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39478
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (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 - Fabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/11/2019 14:49 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 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				

558 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 293707 Pedido: 924563
Paciente: **YASMIN SIMIRAMIS DE OLIVEIRA MALLAORQUIN**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data Pedido: 12/11/2019 14:49:00
Data Laudo: 13/11/2019 12:12:11

RADIOGRAFIA DO 3 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:

JASMIN S. DE OLIVEIRA MALLORQUIN

Nº DA MATRÍCULA:

6814

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

COLEGIO CURITIBANO BOM RETIRO

TELEFONE:

32251900

ENDEREÇO:

LYSIMACO FERREIRA DA COSTA, 980

CIDADE:

CURITIBA

UF:

P

DATA DA OCORRÊNCIA:

12/11

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

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 DO ACIDENTE:

12h20

LOCAL ONDE OCORREU:

QUADRA

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

A aluna estava jogando vôlei com os colegas, foi "cortar" a bola e seu dedo invadiu na aliança do colega virando pra trás. Dedo médio da mão direita.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Filipe Cubas (aluno)

TELEFONE:

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 Júlia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 3631-9573
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasmin Simiramis de Oliveira Mallorquin

Nº da Carteirinha: 2.11.6814

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 10/07/2004

Nº da Guia: 1906



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2019	12:20:00	Quadra	Jogo de voley

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando voley com as colegas, foi cortar a bola e seu dedo enroscou na aliança da colega virando para trás. Dedo médio da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Felipe Cubas (colega)	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	12/11/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Retroativo.

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2986896000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2986896000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 30/10/2019		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome SOFIA VICTORIA LAMEDA OROZCO		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	
8 - Número da Carteira 2116983		17 - Número no Conselho 35016		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 30/10/2019	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.		31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11		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 30/10/2019 16:15 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 1.0 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 dos 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					



2986896 219996

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2986896		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 30/10/2019		5 - Senha 2986896		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome SOFIA VICTORIA LAMEDA OROZCO			
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 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 30/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	
27 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
28 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 30/10/2019 16:15 16:15		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 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			
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							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 38.13			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	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	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
8 - Número da Carteira	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
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.	29 - Nome do Contratado	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\$)	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	56 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPE	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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 509686 Pedido: 919906

Paciente: **SOFIA VICTORIA LAMEDA OROZCO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: PEDRO HENRIQUE FAVARO MENDES

Data Pedido: 30/10/2019 16:15:00

Data Laudo: 31/10/2019 16:44:51

RADIOGRAFIA DO 3 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Victoria Lameda Orozco

Nº da Carteira: 2.11.6983

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 16/05/1981

Nº da Guia: 1616



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2019	09:51:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna pegou a bola de mal jeito e machucou o dedo do meio da mão direita.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(41) 32251-9201

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

Observações

Aluna fez gelo.

Ass.:

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Deizi Silva

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3002117000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 13/11/2019		5 - Senha 3002117000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 2332701		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO		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 EDILSON FORLIN		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Nome do Profissional Solicitante		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 13/11/2019		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Esecutante							
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento							
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 13/11/2019 13:33 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13					
Identificação do(a) Profissional(is) Esecutante(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							





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 3002117000000

Folha: 1 / 1

3002117 924913

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 3002117	7 - Número da Guia Arribuído pelo Operadora 3002117	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 13/11/2019	5 - Senha 3002117	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15 - Nome do Profissional Solicitante EDILSON FORLIN	
16 - Nome do Profissional Solicitante EDILSON FORLIN	17 - Número no Conselho 6	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/11/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Excedente			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 13/11/2019 13:33 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tés. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 36.13		
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		
56 - Data de Realização dos Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 38.13	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

EMERGÊNCIA/CONVÊNIO									
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Data de Validade da Sentença		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Sentença		9 - Vaidade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		31.12.19		Rodney A. Schmitt Filho					
3 - Número da Carteira		000000		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado			
Dados do Solicitante				15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
13 - Código na Operadora				18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
40803120				Rx do 5º QD CSA AP+P		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNEC					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Vlr. 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)									
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF								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 Geral (R\$)	
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Contratado					

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 208989 Pedido: 924913
Paciente: **RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: EDILSON FORLIN

Data Pedido: 13/11/2019 13:33:00
Data Laudo: 14/11/2019 15:04:05

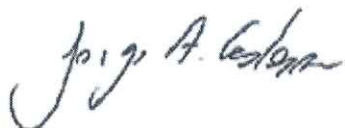
RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura na falange proximal

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: Rodney Aguiar Schmitt Filho

Nº da Carteira: 2.33.2701

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 07/10/2005

Nº da Guia: 1722



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2019	09:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando basquete, pegou a bola de mal jeito e machucou o dedo mindinho, o dedo está torto e inchado, o aluno não consegue mexer. Foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gabriel (aluno)

(41) 3051-8700

Dayana

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Data

Dayana

13/11/2019

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

Contato com a mãe.

Ass.:

Dayana Peniche

Dayana Peniche Do Nascimento

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

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

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

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

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

Impresso por: Dayana Peniche Do
Nascimento

1 de 1

13/11/2019



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

2 - Nº Guia no Prestador 3001071000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 12/11/2019	5 - Senha 3001071000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001071000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3267618	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome RAIKA PROSPERO GOMES	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 DULCIO JOSE BASTOS RIBAS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3190	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225124			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (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 12/11/2019 14:59 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 40.87 40.87			
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.87			
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\$) 40.87			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



3001071 924569.

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 000000	6 - Data de Validade da Senha 3001071	7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 3001071	12 - Atendimento a RV N
4 - Data de Autorização 12/11/2019	5 - Senha 3001071	10 - Nome RAIKA PROSPERO GOMES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	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 DULCIO JOSE BASTOS RIBAS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3190	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial				
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código ONES 15563				
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/11/2019 14:59 14:59 22 40801012 RX - CRÂNIO - 2 INCIDENCIAS	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.87 40.87			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.87	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\$) 40.87
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS
2 - Nº de Matrícula Profissional
3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dados de Solicitação / Procedimentos ou Exames Assistenciais Solicitados
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Cód. Solic.
28 - Cód. Atend.

Dados do Contratado Executante
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

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 - Set. 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 OME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 183285 Pedido: 924569
Paciente: **RAIKA PROSPERO GOMES**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: DULCIO JOSE BASTOS RIBAS

Data Pedido: 12/11/2019 14:59:00
Data Laudo: 12/11/2019 15:30:13

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raika Prospero Gomes
Nº da Carteira: 3.26.7618
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 15/04/2006

Nº da Guia: 1717

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2019	12:46:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Pescoço

Descrição

Aluna teve queda de pressão ocasionando uma queda de mesmo nível, houve o choque craniano não sendo possível avaliar gravidade. Pressão arterial aferida inicialmente 9/6 e após alguns minutos aferido novamente e constatado leve queda para 8/6.

Testemunha da ocorrência

Nayra Santos

Telefone

(41) 3051-8680

Quem prestou primeiros socorros

Nelson Fagundes

Data

12/11/2019

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

Ass.:

Nelson Fagundes

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, Juntamente com as contas de atendimento, relatório detalhado do atendimento, nota fiscal e GUIAS. (Conforme dados abaixo)

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

Assinado por: Nelson Fagundes



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 3002478000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/11/2019		5 - Senha 3002478000	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3002478000			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 377642		9 - Validade da Carteira 31/12/2019	
10 - Nome PAOLLA CRISTINA BORON		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 ISABEL HAHN MIRANDA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 41710		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/11/2019	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código da Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - 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 13/11/2019 18:48 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)			
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 38.13 1.0 38.13			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq.Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3002478000000

Folha: 1 / 1

3002478 925042

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 N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome PAOLLA CRISTINA BORON		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 377642					
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABEL HAHN MIRANDA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41710	18 - UF 41	19 - Código CEO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/11/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 15563	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 13/11/2019 18:48	22 40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	1.0 36.13	36.13
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq.Ref. 49 - Gr.Part 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data da 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					

2 - Nº 0011197-00000000

SEI 0011197-00000000

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

EMERGENCIA/CONVENIO

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sessão

6 - Data da Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PA

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Cidade Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Lesão

35 - Número do Encaminhamento de 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

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data

57 - Hora Inicial

58 - Hora Final

59 - Tabela

60 - Código do Procedimento

61 - Descrição

62 - Qtd.

63 - Via

64 - Tec.

65 - Fator Red./Acresc.

66 - Valor Unitário (R\$)

67 - Valor Total (R\$)

68 - Seq. Ref.

69 - Grau Part.

70 - Código na Operadora (CPF)

71 - Nome do Profissional

72 - Conselho

73 - Número no Conselho

74 - UF

75 - Código CBO

76 - Data

77 - Hora Inicial

78 - Hora Final

79 - Tabela

80 - Código do Procedimento

81 - Descrição

82 - Qtd.

83 - Via

84 - Tec.

85 - Fator Red./Acresc.

86 - Valor Unitário (R\$)

87 - Valor Total (R\$)

88 - Seq. Ref.

89 - Grau Part.

90 - Código na Operadora (CPF)

91 - Nome do Profissional

92 - Conselho

93 - Número no Conselho

94 - UF

95 - Código CBO

96 - Data

97 - Hora Inicial

98 - Hora Final

99 - Tabela

100 - Código do Procedimento

101 - Descrição

102 - Qtd.

103 - Via

104 - Tec.

105 - Fator Red./Acresc.

106 - Valor Unitário (R\$)

107 - Valor Total (R\$)

108 - Seq. Ref.

109 - Grau Part.

110 - Código na Operadora (CPF)

111 - Nome do Profissional

112 - Conselho

113 - Número no Conselho

114 - UF

115 - Código CBO

116 - Data

117 - Hora Inicial

118 - Hora Final

119 - Tabela

120 - Código do Procedimento

121 - Descrição

122 - Qtd.

123 - Via

124 - Tec.

125 - Fator Red./Acresc.

126 - Valor Unitário (R\$)

127 - Valor Total (R\$)

128 - Seq. Ref.

129 - Grau Part.

130 - Código na Operadora (CPF)

131 - Nome do Profissional

132 - Conselho

133 - Número no Conselho

134 - UF

135 - Código CBO

136 - Data

137 - Hora Inicial

138 - Hora Final

139 - Tabela

140 - Código do Procedimento

141 - Descrição

142 - Qtd.

143 - Via

144 - Tec.

145 - Fator Red./Acresc.

146 - Valor Unitário (R\$)

147 - Valor Total (R\$)

148 - Seq. Ref.

149 - Grau Part.

150 - Código na Operadora (CPF)

151 - Nome do Profissional

152 - Conselho

153 - Número no Conselho

154 - UF

155 - Código CBO

156 - Data

157 - Hora Inicial

158 - Hora Final

159 - Tabela

160 - Código do Procedimento

161 - Descrição

162 - Qtd.

163 - Via

164 - Tec.

165 - Fator Red./Acresc.

166 - Valor Unitário (R\$)

167 - Valor Total (R\$)

168 - Seq. Ref.

169 - Grau Part.

170 - Código na Operadora (CPF)

171 - Nome do Profissional

172 - Conselho

173 - Número no Conselho

174 - UF

175 - Código CBO

176 - Data

177 - Hora Inicial

178 - Hora Final

179 - Tabela

180 - Código do Procedimento

181 - Descrição

182 - Qtd.

183 - Via

184 - Tec.

185 - Fator Red./Acresc.

186 - Valor Unitário (R\$)

187 - Valor Total (R\$)

188 - Seq. Ref.

189 - Grau Part.

190 - Código na Operadora (CPF)

191 - Nome do Profissional

192 - Conselho

193 - Número no Conselho

194 - UF

195 - Código CBO

196 - Data

197 - Hora Inicial

198 - Hora Final

199 - Tabela

200 - Código do Procedimento

201 - Descrição

202 - Qtd.

203 - Via

204 - Tec.

205 - Fator Red./Acresc.

206 - Valor Unitário (R\$)

207 - Valor Total (R\$)

208 - Seq. Ref.

209 - Grau Part.

210 - Código na Operadora (CPF)

211 - Nome do Profissional

212 - Conselho

213 - Número no Conselho

214 - UF

215 - Código CBO

216 - Data

217 - Hora Inicial

218 - Hora Final

219 - Tabela

220 - Código do Procedimento

221 - Descrição

222 - Qtd.

223 - Via

224 - Tec.

225 - Fator Red./Acresc.

226 - Valor Unitário (R\$)

227 - Valor Total (R\$)

228 - Seq. Ref.

229 - Grau Part.

230 - Código na Operadora (CPF)

231 - Nome do Profissional

232 - Conselho

233 - Número no Conselho

234 - UF

235 - Código CBO

236 - Data

237 - Hora Inicial

238 - Hora Final

239 - Tabela

240 - Código do Procedimento

241 - Descrição

242 - Qtd.

243 - Via

244 - Tec.

245 - Fator Red./Acresc.

246 - Valor Unitário (R\$)

247 - Valor Total (R\$)

248 - Seq. Ref.

249 - Grau Part.

250 - Código na Operadora (CPF)

251 - Nome do Profissional

252 - Conselho

253 - Número no Conselho

254 - UF

255 - Código CBO

256 - Data

257 - Hora Inicial

258 - Hora Final

259 - Tabela

260 - Código do Procedimento

261 - Descrição

262 - Qtd.

263 - Via

264 - Tec.

265 - Fator Red./Acresc.

266 - Valor Unitário (R\$)

267 - Valor Total (R\$)

268 - Seq. Ref.

269 - Grau Part.

270 - Código na Operadora (CPF)

271 - Nome do Profissional

272 - Conselho

273 - Número no Conselho

274 - UF

275 - Código CBO

276 - Data

277 - Hora Inicial

278 - Hora Final

279 - Tabela

280 - Código do Procedimento

281 - Descrição

282 - Qtd.

283 - Via

284 - Tec.

285 - Fator Red./Acresc.

286 - Valor Unitário (R\$)

287 - Valor Total (R\$)

288 - Seq. Ref.

289 - Grau Part.

290 - Código na Operadora (CPF)

291 - Nome do Profissional

292 - Conselho

293 - Número no Conselho

294 - UF

295 - Código CBO

296 - Data

297 - Hora Inicial

298 - Hora Final

299 - Tabela

300 - Código do Procedimento

301 - Descrição

302 - Qtd.

303 - Via

304 - Tec.

305 - Fator Red./Acresc.

306 - Valor Unitário (R\$)

307 - Valor Total (R\$)

308 - Seq. Ref.

309 - Grau Part.

310 - Código na Operadora (CPF)

311 - Nome do Profissional

312 - Conselho

313 - Número no Conselho

314 - UF

315 - Código CBO

316 - Data

317 - Hora Inicial

318 - Hora Final

319 - Tabela

320 - Código do Procedimento

321 - Descrição

322 - Qtd.

323 - Via

324 - Tec.

325 - Fator Red./Acresc.

326 - Valor Unitário (R\$)

327 - Valor Total (R\$)

328 - Seq. Ref.

329 - Grau Part.

330 - Código na Operadora (CPF)

331 - Nome do Profissional

332 - Conselho

333 - Número no Conselho

334 - UF

335 - Código CBO

336 - Data

337 - Hora Inicial

338 - Hora Final

339 - Tabela

340 - Código do Procedimento

341 - Descrição

342 - Qtd.

343 - Via

344 - Tec.

345 - Fator Red./Acresc.

346 - Valor Unitário (R\$)

347 - Valor Total (R\$)

348 - Seq. Ref.

349 - Grau Part.

350 - Código na Operadora (CPF)

351 - Nome do Profissional

15 - Assinatura do Responsável pela Autorização

7. *Responsabilidade Beneficiária ou Responsável*

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 189896 Pedido: 925042
Paciente: **PAOLLA CRISTINA BORON**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: ISABEL HAHN MIRANDA

Data Pedido: 13/11/2019 18:48:00
Data Laudo: 28/11/2019 16:05:11

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 NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Paolla Cristina Boron

Nº da Carteira: 3.7.7642

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 13/02/2013

Nº da Guia: 1729

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2019	16:48:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

A aluna torceu o pé durante a aula de educação física.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Josiane Mattos

Data

13/11/2019

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

Observações

A aluna está com dor no local e com um leve inchaço.

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



2 - N° Guia no Prestador **2989499000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 2989499000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2989499000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 01/11/2019		5 - Senha 2989499000		10 - Nome MARIA EDUARDA PIMENTEL DA FONSECA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37420		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
8 - Número da Carteira 2116485		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		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	
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	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/11/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 15563					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 01/11/2019 17:02 22 17:02		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									
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					

(continued)

CONVULSION ADVEN'SA DE CURTIS

Concord: 59092, Amend memo: 2984493

2008-08-23 12:30

Folha: 1/1
2989499 - 920755

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Sessão				
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2116485	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome MARIA EDUARDA PIMENTEL DA FONSECA			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 JOAO ANTONIO BREDA 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 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/11/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
		26 - Descrição			
		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição					
1 01/11/2019 17:02 22 40803120 RX - MAG OU QUIRODACTILO					
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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 38.13		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS
2 - Nº de Cadastro Profissional
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 - Nome do Beneficiário
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RV

13 - Código da Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

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

29 - Código da 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 - Assinatura do Contratado

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 - Observação / Justificativa
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 250578 Pedido: 920755
Paciente: **MARIA EDUARDA PIMENTEL DA FONSECA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO ANTONIO BREDAS NETO

Data Pedido: 01/11/2019 17:02:00
Data Laudo: 07/11/2019 14:56:49

RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura de falange medial.

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 NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Pimentel da Fonseca

Nº da Carteira: 2.11.6485

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 16/09/2010

Nº da Guia: 1638



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2019	17:53:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna pegou a bola de mal jeito e machucou o dedinho da mão direita, ficou roxo e inchado. Fizemos gelo.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3225-1920

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

Ligamos para família

Ass.: _____

Deizi Silva

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 2985710000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2985710000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 29/10/2019		5 - Senha 2985710000		6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome JULLYA LICNERSKI INACIO			
8 - Número da Carteira 2335864		13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ANNA CASSIA ESPINDOLA DURANTE		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37161		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225127		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/10/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição				27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 29/10/2019 20:42 20:42		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07 375.07	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 375.07		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 375.07			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





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

2 - Nº Guia no Prestador 2985710000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 000000	5 - Sanha 2985710	6 - Data de Validade da Sanha 2985710	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2985710	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira ADVENTISTA	9 - Validade da Carteira 29/10/2019	10 - Nome JULLYA LICNERSKI INACIO			
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante ANNA CASSIA ESPINDOLA DURANTE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37161	18 - UF 41	19 - Código CBO 225127	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/10/2019	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 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 29/10/2019 20:42 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 375.07 375.07					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sg. Ref. 49 - Gs. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 375.07					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00					
62 - Total de OPME (R\$) 0.00					
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00					
65 - Total Geral (R\$) 375.07					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		JULLYA LICNERSKI INACIO		N	
8 - Número da Carteira		235864		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
ANNA CASSIA ESPINDOLA DURANTE		76591569000130		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		6		37161		18 - UF	
21 - Carteira Atendim.		29/10/2019		23 - Indicação Clínica		19 - Código CBO		225127		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
2		29/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
1		22		410C1010		TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas		27 - Qlde. Solic.		28 - Qlde. Aut.	
1		22		410C1010		TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas		1		1	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Consulta		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	
ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15563							
35 - Hora Inicial		36 - Hora Final		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1- / /		1- / /		1- / /		1- / /		1- / /		1- / /	
2- / /		2- / /		2- / /		2- / /		2- / /		2- / /	
3- / /		3- / /		3- / /		3- / /		3- / /		3- / /	
4- / /		4- / /		4- / /		4- / /		4- / /		4- / /	
5- / /		5- / /		5- / /		5- / /		5- / /		5- / /	
6- / /		6- / /		6- / /		6- / /		6- / /		6- / /	
7- / /		7- / /		7- / /		7- / /		7- / /		7- / /	
8- / /		8- / /		8- / /		8- / /		8- / /		8- / /	
9- / /		9- / /		9- / /		9- / /		9- / /		9- / /	
10- / /		10- / /		10- / /		10- / /		10- / /		10- / /	
11- / /		11- / /		11- / /		11- / /		11- / /		11- / /	
12- / /		12- / /		12- / /		12- / /		12- / /		12- / /	
13- / /		13- / /		13- / /		13- / /		13- / /		13- / /	
14- / /		14- / /		14- / /		14- / /		14- / /		14- / /	
15- / /		15- / /		15- / /		15- / /		15- / /		15- / /	
16- / /		16- / /		16- / /		16- / /		16- / /		16- / /	
17- / /		17- / /		17- / /		17- / /		17- / /		17- / /	
18- / /		18- / /		18- / /		18- / /		18- / /		18- / /	
19- / /		19- / /		19- / /		19- / /		19- / /		19- / /	
20- / /		20- / /		20- / /		20- / /		20- / /		20- / /	
21- / /		21- / /		21- / /		21- / /		21- / /		21- / /	
22- / /		22- / /		22- / /		22- / /		22- / /		22- / /	
23- / /		23- / /		23- / /		23- / /		23- / /		23- / /	
24- / /		24- / /		24- / /		24- / /		24- / /		24- / /	
25- / /		25- / /		25- / /		25- / /		25- / /		25- / /	
26- / /		26- / /		26- / /		26- / /		26- / /		26- / /	
27- / /		27- / /		27- / /		27- / /		27- / /		27- / /	
28- / /		28- / /		28- / /		28- / /		28- / /		28- / /	
29- / /		29- / /		29- / /		29- / /		29- / /		29- / /	
30- / /		30- / /		30- / /		30- / /		30- / /		30- / /	
31- / /		31- / /		31- / /		31- / /		31- / /		31- / /	
32- / /		32- / /		32- / /		32- / /		32- / /		32- / /	
33- / /		33- / /		33- / /		33- / /		33- / /		33- / /	
34- / /		34- / /		34- / /		34- / /		34- / /		34- / /	
35- / /		35- / /		35- / /		35- / /		35- / /		35- / /	
36- / /		36- / /		36- / /		36- / /		36- / /		36- / /	
37- / /		37- / /		37- / /		37- / /		37- / /		37- / /	
38- / /		38- / /		38- / /		38- / /		38- / /		38- / /	
39- / /		39- / /		39- / /		39- / /		39- / /		39- / /	
40- / /		40- / /		40- / /		40- / /		40- / /		40- / /	
41- / /		41- / /		41- / /		41- / /		41- / /		41- / /	
42- / /		42- / /		42- / /		42- / /		42- / /		42- / /	
43- / /		43- / /		43- / /		43- / /		43- / /		43- / /	
44- / /		44- / /		44- / /		44- / /		44- / /		44- / /	
45- / /		45- / /		45- / /		45- / /		45- / /		45- / /	
46- / /		46- / /		46- / /		46- / /		46- / /		46- / /	
47- / /		47- / /		47- / /		47- / /		47- / /		47- / /	
48- / /		48- / /		48- / /		48- / /		48- / /		48- / /	
49- / /		49- / /		49- / /		49- / /		49- / /		49- / /	
50- / /		50- / /		50- / /		50- / /		50- / /		50- / /	
51- / /		51- / /		51- / /		51- / /		51- / /		51- / /	
52- / /		52- / /		52- / /		52- / /		52- / /		52- / /	
53- / /		53- / /		53- / /		53- / /		53- / /		53- / /	
54- / /		54- / /		54- / /		54- / /		54- / /		54- / /	
55- / /		55- / /		55- / /		55- / /		55- / /		55- / /	
56- / /		56- / /		56- / /		56- / /		56- / /		56- / /	
57- / /		57- / /		57- / /		57- / /		57- / /		57- / /	
58- / /		58- / /		58- / /		58- / /		58- / /		58- / /	
59- / /		59- / /		59- / /		59- / /		59- / /		59- / /	
60- / /		60- / /		60- / /		60- / /		60- / /		60- / /	
61- / /		61- / /		61- / /		61- / /		61- / /		61- / /	
62- / /		62- / /		62- / /		62- / /		62- / /		62- / /	
63- / /		63- / /		63- / /		63- / /		63- / /		63- / /	
64- / /		64- / /		64- / /		64- / /		64- / /		64- / /	
65- / /		65- / /		65- / /		65- / /		65- / /		65- / /	
66- / /		66- / /		66- / /		66- / /		66- / /		66- / /	
67- / /		67- / /		67- / /		67- / /		67- / /		67- / /	
68- / /		68- / /		68- / /		68- / /		68- / /		68- / /	
69- / /		69- / /		69- / /		69- / /		69- / /		69- / /	
70- / /		70- / /		70- / /		70- / /		70- / /		70- / /	
71- / /		71- / /		71- / /		71- / /		71- / /		71- / /	
72- / /		72- / /		72- / /		72- / /		72- / /		72- / /	
73- / /		73- / /		73- / /		73- / /		73- / /		73- / /	
74- / /		74- / /		74- / /		74- / /		74- / /		74- / /	
75- / /		75- / /		75- / /		75- / /		75- / /		75- / /	
76- / /		76- / /		76- / /		76- / /		76- / /		76- / /	
77- / /		77- / /		77- / /		77- / /		77- / /		77- / /	
78- / /		78- / /		78- / /		78- / /		78- / /		78- / /	
79- / /		79- / /		79- / /		79- / /		79- / /		79- / /	
80- / /		80- / /		80- / /		80- / /		80- / /		80- / /	
81- / /		81- / /		81- / /		81- / /		81- / /		81- / /	
82- / /		82- / /		82- / /		82- / /		82- / /		82- / /	
83- / /		83- / /		83- / /		83- / /		83- / /		83- / /	
84- / /		84- / /		84- / /		84- / /		84- / /		84- / /	
85- / /		85- / /		85- / /		85- / /		85- / /		85- / /	
86- / /		86- / /		86- / /		86- / /		86- / /		86- / /	
87- / /		87- / /		87- / /		87- / /		87- / /		87- / /	
88- / /		88- / /		88- / /		88- / /		88- / /		88- / /	
89- / /		89- / /		89- / /		89- / /		89- / /		89- / /	
90- / /		90- / /		90- / /		90- / /		90- / /		90- / /	
91- / /		91- / /		91- / /		91- / /		91- / /		91- / /	
92- / /		92- / /		92- / /		92- / /		92- / /		92- / /	
93- / /		93- / /		93- / /		93- / /		93- / /		93- / /	
94- / /		94- / /		94- / /		94- / /		94- / /		94- / /	
95- / /		95- / /		95- / /		95- / /		95- / /		95- / /	
96- / /		96- / /		96- / /		96- / /		96- / /		96- / /	
97- / /		97- / /		97- / /		97- / /		97- / /		97- / /	
98- / /		98- / /		98- / /		98- / /		98- / /		98- / /	
99- / /		99- / /		99- / /		99- / /		99- / /		99- / /	
100- / /		100- / /		100- / /		100- / /		100- / /		100- / /	



Atendimento: 2985680 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 29/10/2019 20:29:34

2985680

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário:	399436	Pedido:	919514		
Paciente:	JULLYA LICNERSKI INACIO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA				
Médico Solicitante:	ANNA CASSIA ESPINDOLA DURANTE			Data Pedido:	29/10/2019 20:42:00
				Data Laudo:	30/10/2019 09:26:48

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

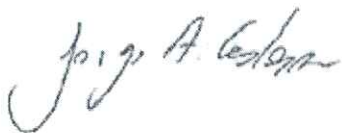
Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais, bem como dos sulcos entre giros corticais cerebrais e do cerebelo.

Impressão : Estudo tomográfico computadorizado do encéfalo dentro dos limites da normalidade.

*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: Jullia Licnerski Inacio

Nº da Carteira: 2.33.5864

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 19/03/2010

Nº da Guia: 1614



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/10/2019	17:54:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de mesmo nível

Cabeça

Descrição

A aluna estava no portão de saída, passou mal, teve um princípio de desmaio, bateu com a cabeça no chão, está fraca, não lembra o que aconteceu.

Testemunha da ocorrência

Prof Selma

Telefone

Dayana

(41) 3051-8700

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Dayana

Data

29/10/2019

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

Contato com os pais

Ass.:

Dayana Peniche

Dayana Peniche Do Nascimento

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

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

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

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

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

Impresso por: Dayana Peniche Do Nascimento

1 de 1

29/10/2019



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 3001286000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 12/11/2019	5 - Senha 3001286000	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001286000
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 367162	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome JOAO GUSTAVO DE SOUZA SOARES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39478	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento			31 - 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
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 12/11/2019 20:47 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 44.72 44.72			
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\$) 44.72			
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\$) 44.72			
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 3001286000000

Folha: 1 / 1

3001286 - 924636

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 3001286	5 - Senha 3001286	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001286	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 12/11/2019	6 - Data de Validade da Senha 3001286	10 - Nome JOAO GUSTAVO DE SOUZA SOARES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 367162	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome JOAO GUSTAVO DE SOUZA SOARES	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 PATRICK WILLIAN PADOANI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39478
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 12/11/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 12/11/2019 20:47 20:47	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40802035 RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 44.72		
Identificação do(a) Profissional(ais) 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\$) 44.72	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\$) 44.72			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		

1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal4 - Data da Autorização
5 - Senha6 - Número da Carteira
36715627 - Validade da Carteira
31/12/198 - Nome do Beneficiário
João G. de Souza Soares9 - Nome do Contratado
Patrick Padoani10 - Nome do Profissional Solicitante
Patrick Padoani
Médico
CRM-PR 39.47811 - Assinatura do Profissional Solicitante
CRM-PR 39.47812 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares13 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares14 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares15 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares16 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares17 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares18 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares19 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares20 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares21 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares22 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares23 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares24 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares25 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares26 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares27 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares28 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares29 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares30 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares31 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares32 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares33 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares34 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares35 - Nome do Contratado
João G. de Souza Soares

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 28518 Pedido: 924636
Paciente: JOAO GUSTAVO DE SOUZA SOARES
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data Pedido: 12/11/2019 20:47:00
Data Laudo: 28/11/2019 15:38:57

RADIOGRAFIA DA COLUNA DORSAL

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Desvio dorsal em convexidade à esquerda.

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gustavo de Souza Soares
Nº da Carteira: 3.6.7162
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/11/2009

Nº da Guia: 1720

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2019	17:24:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Travou as costas	Costas

Descrição

O aluno se abaixou dentro de sala de aula para pegar a camiseta quando foi levantar escorregou e bateu as costas.

Testemunha da ocorrência

Ana (coord Disciplinar)

Telefone

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Ana (coord Disciplinar)

Data

12/11/2019

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

Observações

Foi passado gelol nas costas.

Ass.:

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 - Bigorilho - 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

1 de 1

12/11/2019



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

2 - Nº Guia no Prestador 3001341000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/11/2019		5 - Senha 3001341000	
6 - Data de Validade da Senha 3001341000			
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3001341000			
8 - Número da Carteira 3302183			
9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome GUILHERME VINCENZO CARMERINI RICCIO	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76591569000130			
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO PIRES DE CAMARGOS		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 37666		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 12/11/2019			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.	
29 - Tipo Atendimento 05			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 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 12/11/2019 23:16 22 40801012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS 42 - Qltd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.87 40.87			
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\$) 40.87		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\$) 40.87		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 3001341000000

Folha: 1 / 1

924653-3001341

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 12/11/2019	5 - Senha 3001341	10 - Nome GUILHERME VINCENZO CARMERINI RICCIO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 3302183	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 PIRES DE CAMARGOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37666	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2019	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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 (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/11/2019 23:16 22 40601012 RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 40.87 40.87				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional				
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 40.87 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\$) 40.87				
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 Principal4 - Data da Autorização
5 - Senha6 - Nome do Beneficiário
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira10 - Nome do Solicitante
11 - Cartão Nacional de Saúde12 - Nome do Contratado
13 - Código na Operadora14 - Nome do Profissional Solicitante
15 - Número no Conselho16 - Conselho Profissional
17 - Código CBO18 - UF
19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Assinatura do Contratado

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação23 - Indicação Clínica
24 - Descrição25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição27 - Hora Inicial
28 - Hora Final29 - Código da Operadora
30 - Nome do Contratado31 - Tipo de Atendimento
32 - Tipo de Consulta33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Motivo de Encerramento do Atendimento35 - Tipo de Consulta
36 - Motivo de Encerramento do Atendimento37 - Hora Inicial
38 - Hora Final39 - Hora Inicial
40 - Hora Final41 - Hora Inicial
42 - Hora Final43 - Hora Inicial
44 - Hora Final45 - Hora Inicial
46 - Hora Final47 - Hora Inicial
48 - Hora Final49 - Hora Inicial
50 - Hora Final51 - Hora Inicial
52 - Hora Final53 - Hora Inicial
54 - Hora Final55 - Hora Inicial
56 - Hora Final57 - Hora Inicial
58 - Hora Final

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal4 - Data da Autorização
5 - Senha6 - Nome do Beneficiário
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira10 - Nome do Solicitante
11 - Cartão Nacional de Saúde12 - Nome do Contratado
13 - Código na Operadora14 - Nome do Profissional Solicitante
15 - Número no Conselho16 - Conselho Profissional
17 - Código CBO18 - UF
19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Assinatura do Contratado

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação23 - Indicação Clínica
24 - Descrição25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição27 - Hora Inicial
28 - Hora Final29 - Código da Operadora
30 - Nome do Contratado31 - Tipo de Atendimento
32 - Tipo de Consulta33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Motivo de Encerramento do Atendimento35 - Tipo de Consulta
36 - Motivo de Encerramento do Atendimento37 - Hora Inicial
38 - Hora Final39 - Hora Inicial
40 - Hora Final41 - Hora Inicial
42 - Hora Final43 - Hora Inicial
44 - Hora Final45 - Hora Inicial
46 - Hora Final47 - Hora Inicial
48 - Hora Final49 - Hora Inicial
50 - Hora Final51 - Hora Inicial
52 - Hora Final53 - Hora Inicial
54 - Hora Final55 - Hora Inicial
56 - Hora Final57 - Hora Inicial
58 - Hora Final

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 97485 Pedido: 924653
Paciente: **GUILHERME VINCENZO CARMERINI RICCIO**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: BRUNO PIRES DE CAMARGOS

Data Pedido: 12/11/2019 23:16:00
Data Laudo: 13/11/2019 11:47:14

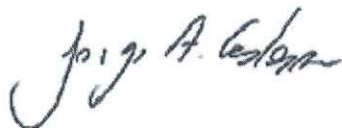
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Vincenzo Camerini Riccio

Nº da Carteirinha: 3.30.2183

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 05/04/2010

Nº da Guia: 1721

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2019	17:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Bateu a cabeça na parede.

Cabeça

Descrição

O aluno estava na aula de atividade física quando se chocou com o colega e foi de encontro com a parede.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Carine Colodel

(41) 3028-5400

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

Observações

O aluno estava na aula de atividade física quando se chocou com o colega e foi de encontro com a parede.

Ass.:


Hetiele Vieira Barretos

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2994907000		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 06/11/2019		5 - Senha 2994907000		6 - Data de Validade da Senha			
8 - Número da Carteira 3264546		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome EZEQUIEL RODRIGO PAZ ADIERS			
13 - Código da Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PEDRO MOTTER RANKEL			
16 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PEDRO MOTTER RANKEL		17 - Conselho Profissional 6		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/11/2019		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 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 06/11/2019 23:10 23:10		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804054 RX - JOELHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39,79 39,79			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39,79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 39,79			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			





CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Subsistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2994907000000

Folha: 1 / 1

2994907-922533

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	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 EZEQUIEL RODRIGO PAZ ADIERS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38756
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
8 - Número da Carteira 3264546	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome EZEQUIEL RODRIGO PAZ ADIERS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38756	18 - UF 41
Dados do Solicitante		19 - Código CEO 225270			
13 - Código da Operadora 76591569000130		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PEDRO MOTTER RANKEL		21 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 06/11/2019			
21 - Caracter do Atendimento 2		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			
Dados do Atendimento		31 - Código CNEIS 15563			
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 06/11/2019 23:10 23:10 22 40804054 RX - JOELHO					
Identificação do Profissional(s) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de OPME (R\$) 0.00	
62 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 39.79		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			



SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal4 - Data da Autorização
5 - Senha6 - Número da Carteira
32645467 - Data de Validade da Carteira
31/12/198 - Nome do Beneficiário
10 - Nome
Ezequiel R. Paz Adiano9 - Nome do Profissional Solicitante
11 - Cartão Nacional de Saúde12 - Data da Solicitação
13 - Código na Operadora14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho18 - UF
19 - Código CBO20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Assinatura do Beneficiário22 - Descrição
23 - Indicação Clínica24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição27 - Hora Inicial
28 - Hora Final29 - Tipo de Atendimento
30 - Nome do Contratado31 - Tipo de Consulta
32 - Motivo de Encerramento do Atendimento33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta35 - Nome do Profissional
36 - Nome do Profissional37 - Nome do Profissional
38 - Nome do Profissional39 - Nome do Profissional
40 - Nome do Profissional41 - Nome do Profissional
42 - Nome do Profissional43 - Nome do Profissional
44 - Nome do Profissional45 - Nome do Profissional
46 - Nome do Profissional47 - Nome do Profissional
48 - Nome do Profissional49 - Nome do Profissional
50 - Nome do Profissional51 - Nome do Profissional
52 - Nome do Profissional53 - Nome do Profissional
54 - Nome do ProfissionalSETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal4 - Data da Autorização
5 - Senha6 - Número da Carteira
32645467 - Data de Validade da Carteira
31/12/198 - Nome do Beneficiário
10 - Nome
Ezequiel R. Paz Adiano9 - Nome do Profissional Solicitante
11 - Cartão Nacional de Saúde12 - Data da Solicitação
13 - Código na Operadora14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho18 - UF
19 - Código CBO20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Assinatura do Beneficiário22 - Descrição
23 - Indicação Clínica24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição27 - Hora Inicial
28 - Hora Final29 - Tipo de Atendimento
30 - Nome do Contratado31 - Tipo de Consulta
32 - Motivo de Encerramento do Atendimento33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta35 - Nome do Profissional
36 - Nome do Profissional37 - Nome do Profissional
38 - Nome do Profissional39 - Nome do Profissional
40 - Nome do Profissional41 - Nome do Profissional
42 - Nome do Profissional43 - Nome do Profissional
44 - Nome do Profissional45 - Nome do Profissional
46 - Nome do Profissional47 - Nome do Profissional
48 - Nome do Profissional49 - Nome do Profissional
50 - Nome do Profissional51 - Nome do Profissional
52 - Nome do Profissional53 - Nome do Profissional
54 - Nome do Profissional

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 453079 Pedido: 922533
Paciente: **EZEQUIEL RODRIGO PAZ ADIERS**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO PEDRO MOTTER RANKEL

Data Pedido: 06/11/2019 23:10:00
Data Laudo: 07/11/2019 16:22:30

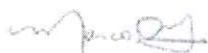
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ezequiel Rodrigo Paz Adiers

Nº da Carteira: 3.26.4546

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 12/04/2008

Nº da Guia: 1682

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2019	18:40:00	Quadra	Deslocamento interno

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Aluno em deslocamento para quadra, tropeçou e bateu o joelho no degrau.

Testemunha da ocorrência

Nelson José Fagundes

Telefone

(41) 3051-8680

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

Guia encaminhada para o Sr Angelo

Ass.:

Nelson Fagundes

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

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

06/11/19



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 2989084000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2989084000	6 - Data de Validade da Senha 2989084000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2989084000	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 377110	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ENZO LOURENCO EUFRASIO				
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 01/11/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial						
27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO					
31 - Código CNES 15563						
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	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 01/11/2019 11:57	22 40804054	RX - JOELHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 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 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /
8 - / /	9 - / /	10 - / /				
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79						
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00						
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00						
62 - Total de OPME (R\$) 0.00						
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00						
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00						
65 - Total Geral (R\$) 39.79						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Assinatura 2989084000

Assinatura 2989084000

Assinatura 2989084000

920042 - 2989084

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2989084	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 01/11/2019	5 - Senha 2989084	6 - Data de Validade da Senha 2989084	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 377110	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ENZO LOURENCO EUFRASIO	
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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Carter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/11/2019	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q. Solic. 28 - Q. 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 (ocidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 01/11/2019 11:57 22 40804054	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição RX - JOELHO	42 - Qtda. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79	
Identificação do(a) 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 39.79	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/11/2019	68 - Assinatura do Contratado	

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho

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 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

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

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

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPP
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 CPME (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

11 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Data de Validade da Senha

10 - Nome

9 - Validade da Carteira

8 - Número da Carteira

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

19 - 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 ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

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\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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 CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 509932 Pedido: 920642
Paciente: ENZO LOURENCO EUFRASIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO ANTONIO BREDAS NETO

Data Pedido: 01/11/2019 11:57:00
Data Laudo: 07/11/2019 14:16:46

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Lourenço Eufrazio

Nº da Carteira: 3.7.7110

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 16/01/2006

Nº da Guia: 1644

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2019	09:05:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

o Aluno Enzo estava no horário de intervalo jogando handball, quando houve o choque com outro aluno, vindo a cair na quadra batendo com o joelho.

Testemunha da ocorrência

Marcos

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Josiane Mattos

Data

01/11/2019

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

Após a queda o Enzo Lourenço foi atendido prontamente no ambulatório do colégio, e acionado o serviço de emergências médicas Summus para melhor avaliar o caso. O aluno recebeu os primeiros atendimentos com gelo no local do choque.

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 - Bigorralho - 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 - N° Guia no Prestador 29888990000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2988899000	6 - Data de Validade da Senha 2988899000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2988899000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2332351	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome CHRISTIAN CHATALOV BARBOSA		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 BREA 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 01/11/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
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 01/11/2019 10:12 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO					
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
001 1.0 38.13 38.13					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - 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					
68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - N° Guia no Prestador **2988899000000**

Folha: 1 / 1
920577.

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		10 - Nome CHRISTIAN CHATALOV BARBOSA		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 CHRISTIAN CHATALOV BARBOSA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 76591569000130									
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO ANTONIO BREDIA NETO		16 - Conselho Profissional 37420		17 - Número no Conselho 41		18 - UF 225270		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/11/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		31 - Código CNES 15563									
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 38.13 1.0 38.13									
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		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		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	

CONGRESS DO KAPO-NEGOREIA

2022/10/8: 0:11:20:9:2:45:32

Case/Loc: 29.065, 29.065

A:erc-m@t.c.25588899

CONVENCION NACIONAL DE CURTIBA

298889 - 9205 77

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante				
Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Data Solic.	28 - Data Aut.			
1 -	40.9031.20	Rx 3 ADG AP+ Perf.D				
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES				
Dados do Atendimento						
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)						
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
1 -						
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
1 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
56 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 495019 Pedido: 920577
Paciente: **CHRISTIAN CHATALOV BARBOSA**
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO ANTONIO BREDAS NETO

Data Pedido: 01/11/2019 10:12:00
Data Laudo: 07/11/2019 14:59:06

RADIOGRAFIA DO 3 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Fratura da falange medial.

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 NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Christian Chatalov Barbosa

Nº da Carteira: 2.33.2351

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 29/12/2004

Nº da Guia: 1641

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2019	08:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no chão)

Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando a bola bateu forte nas suas mãos causando um inchaço no dedo médio, o aluno consegue abrir e fechar as mãos, não reclama de dor. Foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Luis Felipe (aluno)

(41) 3051-8700

Dayana

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Data

Dayana

01/11/2019

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

Contato com a mãe.

Ass. 

Dayana Peniche Do Nascimento

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - 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		5 - Senha 2981856000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2981856000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 25/10/2019		9 - Validade da Carteira 30/12/2019		10 - Nome CAMILA DE FREITAS ROSA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 37561		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
8 - Número da Carteira 2325072		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS CALDEIRA LAVRADOR		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 25/10/2019		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.		31 - Código CNES 15563			
29 - Código na Operadora 76591569000130		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		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 25/10/2019 19:16 22 40803090 RX - COTOVELO		42 - Qxede. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 38.13 38.13		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					





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 2981856000000

Folha: 1 / 1

2981856-98187

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização 25/10/2019	5 - Senha 2981856	6 - Data de Validade da Senha 2981856	10 - Nome CAMILA DE FREITAS ROSA	N
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2325072	9 - Validade da Carteira 30/12/2019			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS CALDEIRA LAVRADOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 37561	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	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.				
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 25/10/2019 19:16 19:16 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(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				



Colégio Adventista

[illegible]



Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019** Data Matrícula: **31-10-2018**

Nome: **Camila de Freitas Rosa (5072)** Curso: **4º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **43**

Sexo: **F** Data Nascimento: **28-11-2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**

Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua José Bassa, 1373** Complemento: **BL 2 Ap 23**

Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-500**

Cert. Nascimento: **9223372036854776000**

Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo: **9223372036854776000**

Cert. Nascimento Cartório: **Umará**

Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba**

Identidade: **15429195-4** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **08-10-2018** CPF: Cert. Nascimento UF: **PR**

E-Mail: **cristiano.rosa@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** INEP **122674664737** RA:

Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41997755036** | Celular: **41998176389** | Nº:

Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Cristiano (pai), Monica (mãe), Valdemar (avô)**

Autorizo Imagem: **Sim**

Observações:



Dados do Pai

CPF: **038369029-31** Nome: **Cristiano da Silva Rosa** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **21-01-1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8024107-0** O. Exp: **CNH** UF: **PR** Data Emissão: **11-10-2017**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua José Bassa, 1373**

Complemento: **BL 2 Ap 23** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-500**

Cx. Postal: E-Mail: **cristiano.srosa@hotmail.com** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41997755036** |

Dados da Mãe

CPF: **043364239-46** Nome: **Mônica Vanessa de Freitas Rosa** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **31-01-1985** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8863175-7** O. Exp: **CNH** UF: **PR** Data Emissão: **03-10-2018**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua José Bassa, 1373**

Complemento: **BL 2 Ap 23** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-500**

Cx. Postal: E-Mail: **monicavfrosa@gmail.com** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41998176389** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **038369029-31** Nome: **Cristiano da Silva Rosa** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **21-01-1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8024107-0** O. Exp: **CNH** UF: **PR** Data Emissão: **11-10-2017**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua José Bassa, 1373**

Complemento: **BL 2 Ap 23** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-500**

Cx. Postal: E-Mail: **cristiano.srosa@hotmail.com** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41997755036** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **038369029-31** Nome: **Cristiano da Silva Rosa** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **21-01-1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8024107-0** O. Exp: **CNH** UF: **PR** Data Emissão: **11-10-2017**

Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Rua José Bassa, 1373**

Complemento: **BL 2 Ap 23** Bairro: **Sítio Cercado** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **81920-500**

Cx. Postal: E-Mail: **cristiano.srosa@hotmail.com** Religião: **Evangélica**

Telefones: Celular: **41997755036** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Paulo Gustavo Orling Alves
DIRETOR,,, - Ato nº 02/2019

Roberta Silva Ribeiro Carvalho
Secretário(a) - Ato nº 05/2019

Responsável

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	509200	Pedido:	918187
Paciente:	CAMILA DE FREITAS ROSA		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	MATEUS CALDEIRA LAVRADOR		Data Pedido: 25/10/2019 19:16:00
			Data Laudo: 31/10/2019 14:29:41

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Camila de Freitas Rosa

Nº da Carteira: 2.32.5072

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 28/11/2010

Nº da Guia: 1590

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2019	16:18:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição
Andando normalmente, escorregou batendo o braço...

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigas...	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Maria...	25/10/2019

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
Pai vai levar ao especialista, Hospital Peq. Príncipe pelo colégio...

Prof. Rudimar Nemitz
Coordenador Disciplinar

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



CLÍNICA ADVENTISTA
DE CURITIBA
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - Nº Guia no Prestador 2994547000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 2994547000	6 - Data de Validade da Senha 2994547000	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2994547000	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 278797	9 - Validade da Carteira 31/12/2019	10 - Nome ANA LAURA LUZA		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 PEDRO MOTTER RANKEL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 38756	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 06/11/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 06/11/2019 14:21 14:21	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 40804054 RX - JOELHO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização de Serviço					66 - 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 2994547000000

Folha: 1 / 1

2994547 922 399

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/11/2019		5 - Senha 2994547	
6 - Data de Validade da Senha 2994547			
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2994547			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000			
9 - Validade da Carteira 31/12/2019		10 - Nome ANA LAURA LUZA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N			
12 - Atendimento a RN			
13 - Código da Operadora 76591569000130			
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PEDRO MOTTER RANKEL		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 38756		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Assinatura do Profissional Solicitante			
22 - Data da Solicitação 06/11/2019			
23 - Indicação Clínica			
24 - Taboa 2			
25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autorz.			
29 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
31 - Código CNES 15563			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (paciente 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 06/11/2019 14:21 14:21 22 40804054 RX - JOELHO			
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 39.79 39.79			
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			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 39.79		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

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

2 - Nº de Identificação do
SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

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

11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do 12 - Data da Solicitação
22 - Indicação Clínica
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 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

Centro de Imagem

Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 510415 Pedido: 922399
Paciente: ANA LAURA LUZA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA
Médico Solicitante: JOAO PEDRO MOTTER RANKEL

Data Pedido: 06/11/2019 14:21:00
Data Laudo: 07/11/2019 16:15:45

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, em AP, P e Axial.

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 NICOLODELLI
CRM: 14702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Laura Luza
Nº da Carteira: 2.78.797
Instituição: Escola Adventista Pinhais-EIEF



Data de Nascimento: 09/11/2004

Nº da Guia: 1668

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2019	12:38:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

A aluna estava na sala de aula quando ao se movimentar, sentiu dor no joelho direito.

Testemunha da ocorrência

Monitora Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Erik

Data

06/11/2019

Local de atendimento

Atendimento no próprio
estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Foi aplicado gelo no local.

Ass.: Erik Fernando dos Santos de Araújo

Erik Fernando Dos Santos De Araújo

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

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