

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

RPS nº. 376672, Série: U, emitido em 19/12/2019, conversão em 20/12/2019

Número da Nota

375393

Data e Hora de Emissão

19/12/2019 00:00:00

Código de Verificação

**XVDEYD0Z****PRESTADOR DE SERVIÇOS****Razão Social:** ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO**CPF / CNPJ:** 76.591.569/0001-30**Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2**Endereço:** IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010**Município:** CURITIBA**UF:** PR **Email:** carlos.fonseca@hpp.org.br**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INST ADVENTISTA SUL BRAS DE SAUDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3**Outro Doc.:****Endereço:** JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070**Município:** Curitiba**UF:** PR **Email:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestacao de Servico Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 357,49

20 DEZ. 2019

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$357,49**

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                           | 357,49                | 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: **135701** Competência: **12/2019** Entrega: **20/12/2019**  
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**  
Nota Fiscal



| Período         |            | Guia TISS  |  | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Nr. Carteira                    | Valor  |
|-----------------|------------|------------|--|------|----------|-------------|---------------------------------|--------|
| 03/12/2019      | 03/12/2019 | 3022701000 |  |      | 1607820  | 3022701     | EMANUELLE NOGOZZEKI DE N3301768 | 77,92  |
| 12/12/2019      | 12/12/2019 | 3033024000 |  |      | 1612891  | 3033024     | ISABELLA STOCO                  | 40,08  |
| 02/12/2019      | 02/12/2019 | 3021620000 |  |      | 1607348  | 3021620     | MONALISA TRIANOSKI FIAIS        | 123,44 |
| 29/11/2019      | 29/11/2019 | 3019325000 |  |      | 1605996  | 3019325     | NATHALY FERREIRA PINTO          | 39,79  |
| 28/11/2019      | 28/11/2019 | 3018177000 |  |      | 1605496  | 3018177     | NICOLLY BOAVENTURA DE OL        | 38,13  |
| 11/12/2019      | 11/12/2019 | 3031457000 |  |      | 1612233  | 3031457     | RODNEY AGUIAR SCHIMITT FII000   | 38,13  |
| Total : 6       |            |            |  |      |          |             |                                 | 357,49 |
| Total Geral : 6 |            |            |  |      |          |             |                                 | 357,49 |



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

2 - Nº Guia no Prestador 3022701000000

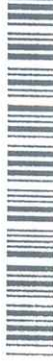
Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                              |  |                                                                                     |  |                                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                 |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3022701000                           |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                        |  |
| 4 - Data de Autorização<br>03/12/2019                                                            |  | 5 - Senha<br>3022701000                                                      |  | 6 - Data de Validade da Senha                                                       |  |                                                                                   |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                              |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                             |  |                                                                                   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3301768                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       |  | 10 - Nome<br>EMANUELLE NOGOZZEKI DE MIRA                                            |  |                                                                                   |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                              |  | 14 - Nome do Contratado                                                             |  |                                                                                   |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ   |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                     |  | 17 - Número no Conselho<br>33866                                                  |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |  |                                                                              |  | 18 - UF<br>41                                                                       |  |                                                                                   |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>03/12/2019                                       |  | 23 - Indicação Clínica                                                              |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>225270                             |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                                  |  | 26 - Descrição                                                               |  | 27 - Qt. Solic.                                                                     |  | 28 - Qt. Autoriz.                                                                 |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                              |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                           |  |                                                                                   |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                  |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                   |  |                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                              |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |  |                                                                                   |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final                                                        |  | 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição                                 |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total |  | 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional |  |
| 1 03/12/2019 12:33                                                                               |  | 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO)                        |  | 001 1.0 38.13                                                                       |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                |  |
| 2 03/12/2019 12:33                                                                               |  | 22 40804097 RX - PE OU PODOFACTILO                                           |  | 001 1.0 39.79                                                                       |  |                                                                                   |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                              |  | 58 - Observação / Justificativa                                                     |  |                                                                                   |  |
| 1 - / /                                                                                          |  | 3 - / /                                                                      |  | 5 - / /                                                                             |  | 7 - / /                                                                           |  |
| 2 - / /                                                                                          |  | 4 - / /                                                                      |  | 6 - / /                                                                             |  | 8 - / /                                                                           |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>77.92                                                       |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                               |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                  |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>77.92                                                     |  |                                                                                   |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  |                                                                              |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |  |                                                                                   |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |  |                                                                              |  |                                                                                     |  |                                                                                   |  |



3022701 932087

|                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                            |  | 3 - Número da Guia Principal<br>3022701                     |  | 6 - Data de Validade da Senha<br>3022701                                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3022701                       |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>03/12/2019                                                                                 |  | 5 - Senha<br>3022701                                        |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       |  | 10 - Nome<br>EMANUELLE NOGOZZEKI DE MIRA                                     |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                     |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                 |  | 8 - Número da Carteira<br>00000000000000000000              |  | 13 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ                                                                                                                                                  |  |
| 16 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ                                            |  | 17 - Número no Conselho<br>33866                            |  | 18 - UF<br>41                                                                |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                    |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                 |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                     |  | 22 - Data da Solicitação<br>03/12/2019                      |  | 23 - Indicação Clínica                                                       |  | 24 - Tabela                                                                  |  | 25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição                                                                                                                                                                               |  |
| 27 - Ql.Solic.                                                                                                        |  | 28 - Ql.Autoriz.                                            |  | 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                   |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                                                                   |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                           |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta<br>9                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                   |  | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 03/12/2019 12:33 22 40804069 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)<br>2 03/12/2019 12:33 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO |  |
| 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.13<br>001 1.0 39.79 |  | 52 - Conselho Prof                                          |  | 53 - Número no Conselho                                                      |  | 54 - UF                                                                      |  | 55 - Código CBO                                                                                                                                                                                                             |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                      |  | 58 - Observação / Justificativa                             |  | 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>77.92                                   |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                                       |  |
| 62 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                              |  | 63 - Total de Casos Medicinais (R\$)<br>0.00                |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                 |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>77.92                                              |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                             |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                        |  | 68 - Assinatura do Contratado                               |  | 69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                               |  | 70 - Assinatura do Contratado                                                |  | 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                              |  |



EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

**EMERGENCIA/CONVÊNIO**

1 - Registro ANS  
2 - Número da Guia Principal  
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
4 - Data da Autorização  
5 - Sessão  
6 - Data de Validade da Sessão  
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 RAR

Dados do Beneficiário  
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 Atendimento  
22 - Data da Solicitação  
23 - Indicação Clínica

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Remédios Assistenciais Solicitados  
24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Remédio Assistencial  
26 - Descrição  
27 - Qtd. Solic.  
28 - Qtd. Adm.

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Seq. Ref.  
49 - Grau Part.  
50 - Código na Operadora/CPF  
51 - Nome do Profissional  
52 - Conselho Profissional  
53 - Número no Conselho  
54 - UF  
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série  
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
58 - 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 - 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:         | 513092                             | Pedido: | 932057       |                     |
| Paciente:           | <b>EMANUELLE NOGOZZEKI DE MIRA</b> |         |              |                     |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA                 |         |              |                     |
| Médico Solicitante: | ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ  |         | Data Pedido: | 03/12/2019 12:33:00 |
|                     |                                    |         | Data Laudo:  | 05/12/2019 16:04:19 |

### RADIOGRAFIA DE TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuelle Nogozecki de Mira

Nº da Carteira: 3.30.1768

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 18/01/2008

Nº da Guia: 1858



| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 03/12/2019         | 10:08:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Esquerdo     |

### Descrição

Aluna estava correndo durante o intervalo, e quando foi sair da grama para pisar no chão de cimento, o pé torceu. Está sentindo muita dor, foi aplicado gel sobre o tornozelo do pé esquerdo.

| Testemunha da ocorrência       | Telefone       |
|--------------------------------|----------------|
| Karoline e Luciana - Monitoras | (41) 3028-5400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Karoline e Luciana - Monitoras  | 03/12/2019 |

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

### Observações

Aluna estava correndo durante o intervalo, e quando foi sair da grama para pisar no chão de cimento, o pé torceu. Está sentindo muita dor, foi aplicado gel sobre o tornozelo do pé esquerdo.

Ass.: \_\_\_\_\_

Hetiele Vieira Barretos

X *Chamada*

**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

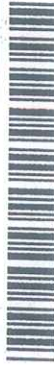
2 - Nº Guia no Prestador 3033024000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                            |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                 | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha         | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 12 - Atendimento a RN                    |
| 4 - Data de Autorização<br>12/12/2019                                                                      | 5 - Senha<br>3033024000                                                      | 10 - Nome<br>ISABELLA STOCO           | 3033024000                                  | N                                        |
| Dados do Beneficiário                                                                                      |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 8 - Número da Carteira<br>3263309                                                                          | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       |                                       |                                             |                                          |
| Dados do Solicitante                                                                                       |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                 | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                       |                                             |                                          |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>JOAO PEDRO MOTTER RANKEL                                          | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>38756      | 18 - UF<br>41                               | 19 - Código CBO<br>225270                |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                  |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                          | 22 - Data da Solicitação<br>12/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                |                                             |                                          |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição<br>ou Item Assistencial                             |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.                                                                            |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| Dados do Contratado Escutante                                                                              |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                 | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                       |                                             | 31 - Código CNES<br>15563                |
| Dados do Atendimento                                                                                       |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                                | 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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final<br>1 12/12/2019 13:27 13:27 22                                   | 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>RX - BACIA                               |                                       |                                             |                                          |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 40.08 40.08 |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)                                                         |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gx. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                            | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO           |                                       |                                             |                                          |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /                                                                    | 2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /                                     |                                       |                                             |                                          |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                            |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>40.08                                                                 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00            | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                               |                                                                              |                                       |                                             | 65 - Total Geral (R\$)<br>40.08          |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                            |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                             |                                                                              |                                       |                                             |                                          |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                              |                                                                              |                                       |                                             |                                          |

3033024 935422

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal<br>3033024                                      | 5 - Senha<br>3033024                                                         | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3033024            | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>12/12/2019                                                            | 6 - Data de Validade da Senha<br>3033024                                     | 10 - Nome<br>ISABELLA STOCO                                                  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                           |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>00000000                                                               | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>JOAO PEDRO MOTTER RANKEL | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>38756                                             | 18 - UF<br>41                                                     | 19 - Código CBO<br>225270                   |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>12/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                                       | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial   | 26 - Descrição                              |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |                                                                   |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>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 12/12/2019 13:27 22 40804011 RX - BACIA                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 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\$) 40.08                                                          |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 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\$) 40.08                                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                                                              |                                                                   |                                             |



56 - Assinatura do Responsável pela Atuação

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

|                     |                          |         |        |              |                     |
|---------------------|--------------------------|---------|--------|--------------|---------------------|
| Prontuário:         | 109344                   | Pedido: | 935422 | Data Pedido: | 12/12/2019 13:27:00 |
| Paciente:           | ISABELLA STOCO           |         |        | Data Laudo:  | 12/12/2019 15:59:07 |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA       |         |        |              |                     |
| Médico Solicitante: | JOAO PEDRO MOTTER RANKEL |         |        |              |                     |

### RADIOGRAFIA DE BACIA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Cabeças femurais centradas nos acetábulos.

Articulações sacro-ilíacas e da sínfise púbica com aspecto radiográfico habitual.

\*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: Isabella Stoco

Nº da Carteira: 3.26.3309

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 11/12/2004

Nº da Guia: 1900



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                             |
|--------------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 12/12/2019         | 11:46:00 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Perna Esquerda  |

### Descrição

ALUNA SE MACHUCOU SOZINHA, TORCEU O QUADRIL

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Nelson Fagundes          | (41) 3051-8680 |

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

### Observações

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

|                                                                                                  |                                                                              |                                                              |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3021620000    | 12 - Atendimento a RN<br>N                 |
| 4 - Data de Autorização<br>02/12/2019                                                            | 5 - Sentia<br>3021620000                                                     | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                      |                                            |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                              |                                            |
| 8 - Número da Carteira<br>000000                                                                 | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>MONALISA TRIANOSKI FIAIS                        |                                            |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                              |                                            |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ISABEL HAHN MIRANDA |                                            |
| 16 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                      | 17 - Número no Conselho<br>41710                                             | 18 - UF<br>41                                                | 19 - Código CBO<br>225270                  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                              |                                            |
| 21 - Cardter do Atendimento<br>1                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>02/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                       |                                            |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição<br>ou Item Assistencial                   |                                                                              |                                                              |                                            |
| 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.                                                                  |                                                                              |                                                              |                                            |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                              |                                            |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                    |                                            |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                              |                                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada                             | 34 - Tipo de Consulta                                        | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                              |                                            |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                                              |                                            |
| 1 02/12/2019 15:35                                                                               | 22 40802094                                                                  | RX - COLUNA                                                  | TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILLOGRAF    |
| 2 02/12/2019 15:35                                                                               | 22 40804011                                                                  | RX - BACIA                                                   |                                            |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                                              |                                            |
| 001                                                                                              | 1.0                                                                          | 83.36                                                        | 83.36                                      |
| 001                                                                                              | 1.0                                                                          | 40.08                                                        | 40.08                                      |
| 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 - / /                                                                      | 7 - / /                                                      | 9 - / /                                    |
| 2 - / /                                                                                          | 4 - / /                                                                      | 8 - / /                                                      | 10 - / /                                   |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                                              |                                            |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) 123.44                                                         |                                                                              |                                                              |                                            |
| 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\$) 123.44                                                                    |                                                                              |                                                              |                                            |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                                              |                                            |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                                              |                                            |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                                              |                                            |



3021620 931844

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha<br>3021620                                     | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3021620             | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>02/12/2019                                                            | 5 - Senha<br>3021620                                                         | 10 - Nome<br>MONALISA TRIANOSKI FIAIS                                        | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                            |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>000000                                                                 | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ISABEL HAHN MIRANDA       | 16 - Conselho Profissional<br>6             |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 17 - Número no Conselho<br>41                                                | 18 - UF<br>225270                                                            | 19 - Código CBO<br>41                                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>02/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                                       | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição                              |
| 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                                    |                                                                    |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>9                                                   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                         |                                             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 1 02/12/2019 15:35 22 40802094 RX - COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILIOGRAF               |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 2 02/12/2019 15:35 22 40804011 RX - BACIA                                                        |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 001 1.0 83.36                                                                                    |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 001 1.0 40.08                                                                                    |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                  |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>123.44                                                      |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                 |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                     |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>123.44                                                                 |                                                                              |                                                                              |                                                                    |                                             |
| 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: 129860 Pedido: 931747  
Paciente: **MONALISA TRIANOSKI FIAIS**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: ISABEL HAHN MIRANDA

Data Pedido: 02/12/2019 15:35:00  
Data Laudo: 05/12/2019 15:36:40

### RADIOGRAFIA DE BACIA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Cabeças femurais centradas nos acetábulos.

Articulações sacro-ilíacas e da sínfise púbica com aspecto radiográfico habitual.

\*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.

### RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA COLUNA PARA ESCOLIOSE

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Alinhamento vertebral normal.

Corpos vertebrais com altura e morfologia preservadas.

Espaços discais mantidos.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI  
CRM: 14702

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Monalisa Trianoski Fiais

Nº da Carteirinha: 2.33.5853

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 25/02/2012

Nº da Guia: 1838



| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade                |
|--------------------|----------|-----------------------------|--------------------------|
| 02/12/2019         | 13:45:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu               | Partes do corpo |
|-------------------------------|-----------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Costas          |

### Descrição

a aluna estava brincando no parque do colégio e caiu de altura de aproximadamente dois metros de altura, batendo as costas no chão na altura da lombar. .

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professora Raquel        | (41) 3051-8700 |
| Professora Eliane        | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Elzilene Monitora               | 02/12/2019 |

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

### Observações

contato com pais.

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

|                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                            |  |                                                                             |  |                                                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                              |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3019325000                   |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>29/11/2019                                                                                                                                                   |  | 5 - Sentença<br>3019325000                                                                                 |  | 6 - Data de Validade da Sentença                                            |  |                                                                    |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3264919                                                                                                                                                       |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                                                     |  | 10 - Nome<br>NATHALY FERREIRA PINTO                                         |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                            |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                              |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PATRICK WILLIAN PADOANI            |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                    |  |
| 17 - Número no Conselho<br>39478                                                                                                                                                        |  | 18 - UF<br>41                                                                                              |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                   |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                        |  |
| 21 - Cartão do Atendimento<br>2                                                                                                                                                         |  | 22 - Data da Solicitação<br>29/11/2019                                                                     |  | 23 - Indicação Clínica                                                      |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial |  |
| 26 - Descrição                                                                                                                                                                          |  | 27 - Qt.Solic.                                                                                             |  | 28 - Qt.Autoriz.                                                            |  |                                                                    |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                              |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                   |  |                                                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                                                                                                             |  | 33 - Indicação de 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<br>1 29/11/2019 18:48 18:48 22 40804097 RX - PE OU FODODACTILO                                     |  | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 39.79 39.79 |  | 52 - Conselho Prof<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO |  |                                                                    |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /<br>2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / / |  | 58 - Observação / Justificativa                                                                            |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                    |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                       |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>39.79                                                                                                                                              |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                               |  | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                       |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                   |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                             |  | 68 - Assinatura do Contratado                                               |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>39.79                                    |  |



3019325 930940

|                                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                            | 3 - Número da Guia Principal<br>000000                                                                     | 6 - Data de Validade da Senha<br>3019325                                                               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3019325             | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                     |
| 4 - Data de Autorização<br>29/11/2019                                                                                                                 | 5 - Senha<br>3019325                                                                                       | 10 - Nome<br>NATHALY FERREIRA PINTO                                                                    | 12 - Atendimento a RN<br>N                                         |                                                                                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                 |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 8 - Número da Carteira<br>3264919                                                                                                                     | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                                                     | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                           | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PATRICK WILLIAN PADOANI   | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                            | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                        | 17 - Número no Conselho<br>39478                                   | 18 - UF<br>41                                                                                    |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                      | 22 - Data da Solicitação<br>29/11/2019                                                                     | 23 - Indicação Clínica                                                                                 | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição                                                                                   |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                            | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                               | 31 - Código CNES<br>15563                                                                              | 32 - Tipo Atendimento<br>05                                        | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                      |
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                 |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 29/11/2019 18:48 18:48 22 40804097 RX - PE OU FODODACTILO | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 39.79 39.79 | 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional<br>001 1.0 39.79 39.79 | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) 39.79                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 62 - Total de OPME (R\$) 0.00                                                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00                                                                                                                 |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 65 - Total Geral (R\$) 39.79                                                                                                                          |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                  |



## EMERGÊNCIA/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 - 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  
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/CNPJ  
51 - Nome do Profissional  
52 - Conselho Profissional  
53 - Número no Conselho  
54 - UF  
55 - Código CBO

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  
61 - Total de Materiais (R\$)  
62 - Total de OPME (R\$)  
63 - Total de Medicamentos (R\$)  
64 - Total de Gases 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 Beneficiário ou Responsável  
70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
74 - Assinatura do Contratado

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 264651 Pedido: 930940

Paciente: **NATHALY FERREIRA PINTO**

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data Pedido: 29/11/2019 18:48:00

Data Laudo: 05/12/2019 15:41:16

### RADIOGRAFIA DE PÉ 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: Nathaly Ferreira Pinto

Nº da Carteira: 3.26.4919

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 20/06/2009

Nº da Guia: 1831

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade |
|--------------------|----------|--------------|-----------|
| 29/11/2019         | 16:38:00 | Sala de Aula | Saída     |

### O que aconteceu

Carteira caiu no pé

### Partes do corpo

Pé Direito

### Descrição

A aluna estava na sala e caiu a carteira em seu dedo

### Testemunha da ocorrência

Ana

### Telefone

(41) 3051-8680

Ana

(41) 3051-8680

### Quem prestou primeiros socorros

Ana

### Data

29/11/2019

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

### Observações

A mãe foi avisada

Ass.: ✕

Nilcelene Ferrari

**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

Impresso por: Nilcelene Ferrari

*Adrielle Guion*  
*do Roberto* 1 de 1

29/11/2019



CLÍNICA ADVENTISTA  
DE CURITIBA  
Sistema Adventista de Saúde

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

2 - N° Guia no Prestador 3018177000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3018177000                                                  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                   |
| 4 - Data de Autorização<br>28/11/2019                                                            | 5 - Senha<br>3018177000                                                      | 9 - Data de Validade da Senha                                                                              |                                                              |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 8 - Número da Carteira<br>2374691                                                                | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2019                                       | 10 - Nome<br>NICOLLY BOAVENTURA DE OLIVEIRA                                                                | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                      |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>JOAO PEDRO MOTTER RANKEL                                          | 16 - Conselho Profissional<br>6                              |
| 17 - Número no Conselho<br>38756                                                                 | 18 - UF<br>41                                                                | 19 - Código CBO<br>225270                                                                                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |
| Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 21 - Cartão de Atendimento<br>2                                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>28/11/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                                                                                     | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                                                                                  |                                                              |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta                                                                                      | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final<br>1 28/11/2019 19:10 22 40803120                      | 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>RX - MAO OU QUIRODACTILO     | 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.13 38.13 |                                                              |
| 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\$)<br>38.13                                                       | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                      | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                 | 65 - Total Geral (R\$)<br>38.13                                                                            |                                                              |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                              |                                                                                                            |                                                              |





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

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 RN13 - Código na Operadora  
14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento  
22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

28/11/19 Eghintiane

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 512665 Pedido: 930514  
Paciente: **NICOLLY BOAVENTURA DE OLIVEIRA**  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA  
Médico Solicitante: JOAO PEDRO MOTTER RANKEL

Data Pedido: 28/11/2019 19:10:00  
Data Laudo: 05/12/2019 15:40:24

### RADIOGRAFIA DO 2 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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: Nicolly Boaventura de Oliveira

Nº da Carteira: 2.37.4691

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 31/01/2005

Nº da Guia: 1823



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 28/11/2019         | 17:54:00 | 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

A aluna foi pegar a bola para cima e o dedo virou para outro lado.

## Testemunha da ocorrência

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

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

## Observações

A própria mãe vai acompanhar a filha até o hospital.

Ass.:

Tânia Mara Luz De Oliveira

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

Christiane Pereira  
Aux. Tesouraria

**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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3031457000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                   |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                        | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 5 - Senha<br>3031457000                   | 6 - Data de Validade da Senha<br>3031457000 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3031457000 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde     | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                             |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 8 - Número da Carteira<br>000                                                                                                                     | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2020                                       | 10 - Nome<br>RODNEY AGUIAR SCHIMITT FILHO |                                             |                                                           |                                             |                            |
| Dados do Solicitante                                                                                                                              |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                                                                        | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                                                                    | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>27706          | 18 - UF<br>41                               | 19 - Código CBO<br>225270                                 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                            |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                         |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 21 - Cartão do Atendimento<br>1                                                                                                                   | 22 - Data da Solicitação<br>11/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                    |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição<br>ou Item Assistencial                                                                    |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                 |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                    |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                        | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                           |                                             |                                                           |                                             | 31 - Código CNES<br>15563  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                              |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                                                                       | 33 - Indicação de Acontecimento (accidente 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<br>1 11/12/2019 10:59 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 38.13 38.13                                        |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)                                                                                                 |                                                                              |                                           |                                             |                                                           |                                             |                            |
| 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 3031457000000

Folha: 1 / 1  
3031457 934955

|                                                                                                  |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                 | 6 - Data de Validade da Senha<br>3031457 | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3031457 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/12/2019                                                            | 5 - Senha<br>3031457                                                         | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2020   | 10 - Nome<br>RODNEY AGUIAR SCHMITT FILHO               |                                         |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>ADVENTISTA                                                             |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                   | 16 - Conselho Profissional<br>6                                              | 17 - Número no Conselho<br>27706         | 18 - UF<br>41                                          | 19 - Código CBO<br>225270               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>11/12/2019                                       | 23 - Indicação Clínica                   |                                                        |                                         |                                             |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição<br>ou Item Assistencial                   |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.                                                                  |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 29 - Código da Operadora<br>76591569000130                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563                |                                                        |                                         |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>05                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  | 34 - Tipo de Consulta<br>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 11/12/2019 10:59 10:59 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO                                    |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 001 1.0 38.13 38.13                                                                              |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional                  |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                               |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -                                                         |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) 38.13                                                          |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00                                                        |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00                                                               |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 62 - Total de OPME (R\$) 0.00                                                                    |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00                                                            |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00                                                        |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$) 38.13                                                                     |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                              |                                          |                                                        |                                         |                                             |





## REQUISIÇÃO DE EXAME

### CENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA

Nome Rodrigo Aguiar Schmitt Filho

Idade                      Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Particular ☐ Convênio ☐ SUS  
Clínica                      ☐ Amb. ☐ Emergência Quarto                      Leito                     

Exames Requistados: 1) Rx 5º dedo mão (E) sem sola e  
2) sem mobilizações  
3) apendicite

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? ☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Suspeita Clínica                     

Resumo Clínico                     

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

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

Técnico R.X

Ctba, 11 de dezembro de 2013

Médico - CRM

Lucio Rafael Perotti  
CRM 27706

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral . Ultra Sonografia . Tomografia Computadorizada

Prontuário: 208989 Pedido: 934955

Paciente: RODNEY AGUIAR SCHMITT FILHO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LUCIO RICIERI PEROTTI

Data Pedido: 11/12/2019 10:59:00

Data Laudo: 11/12/2019 12:02:53

### RADIOGRAFIA DO 5 ° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

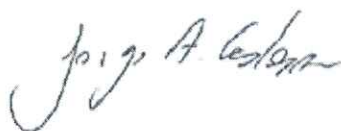
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle

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

## Clinica Adventista

### COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

|                                                                                                                                                            |            |                        |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|-----------------------|
| NOME DO SEGURADO:                                                                                                                                          |            |                        |                       |
| Rodney Pádua Schmitt Filho                                                                                                                                 |            |                        |                       |
| ESTIPULANTE:                                                                                                                                               |            | APÓLICE N.º            |                       |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                  |            | CIDADE:                |                       |
| Rua Maceio                                                                                                                                                 |            | São José do Rio Preto  |                       |
| UF:                                                                                                                                                        |            | SP                     |                       |
| DATA DA OCORRÊNCIA:                                                                                                                                        | HORAS:     | LOCAL ONDE OCORREU:    | MUNICÍPIO:            |
| 03/11/2019                                                                                                                                                 | 09:00      | Colegio Adventista     | São José do Rio Preto |
| DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS                                                                          |            |                        |                       |
| ESTAVA EM ATIVIDADE FÍSICA<br>JOGANDO BASQUETE QUANDO A BOLA<br>BATEU EM MEU DEDO CAUSANDO<br>LESÃO E TRINCA O OSO DO DEDO<br>DO LADO ESQUERDO. DEDO MENOR |            |                        |                       |
| PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTADO LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS):                                                           |            |                        |                       |
| professor Lúcio                                                                                                                                            |            |                        |                       |
| QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):                                                                                                          |            |                        |                       |
| professor Lúcio 03/11/19                                                                                                                                   |            |                        |                       |
| DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:                                                                                                                   |            |                        |                       |
| 03/11/19                                                                                                                                                   |            |                        |                       |
| NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:                                                                                                  |            |                        |                       |
| Dr. Lúcio / Hospital Pequeno Príncipe                                                                                                                      |            |                        |                       |
| HOUE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ?                                                                                                  |            |                        |                       |
| QUAL ? NÃO                                                                                                                                                 |            |                        |                       |
| CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS                                                                             |            |                        |                       |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                                               |            |                        |                       |
| O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS                                                                  |            |                        |                       |
| LOCAL                                                                                                                                                      | DATA       | ASSINATURA DO SEGURADO |                       |
| Curitiba                                                                                                                                                   | 11/12/2019 | Rodney P. Schmitt      |                       |

+ Rodney P. Schmitt

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rodney Aguiar Schmitt Filho

Nº da Carteirinha: 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 | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

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

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