



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

RPS nº. 440628, emitido em 20/07/2021, conversão em
20/07/2021

Número da Nota
421623
Data e Hora de Emissão
20/07/2021 00:00:00
Código de Verificação
SCZS830V

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA 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: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** GERENCIA@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Serviço Hospitalar.

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 494,69

20 JUL. 2021

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$494,69

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	494,69	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.

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 23/06/2021 5 - Senteia 3471 6 - Data Validade da Senteia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3471

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 377719 9 - Validade da Carteira 30/12/2021 10 - Nome MURILO HARTESKOFF MILITAO 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 15 - Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA RESENDE SILVA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 46289 18 - UF 41 19 - Código CBO 225112 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Carteira Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 23/06/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 23/06/2021 37 - Hora Inicial 06:04:17 38 - Hora Final 06:04:17 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Cide 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 377.79 45 - Fator Red./Acresc 377.79 46 - Valor Unitário (R\$) 377.79 47 - Valor Total (R\$) 377.79

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

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

1. / / 2. / / 3. / / 4. / / 5. / / 6. / / 7. / / 8. / / 9. / / 10. / /

38 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 377.79 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de CPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Casas Médicas (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 377.79

36 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

A-33826-57
P-3063610

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Sembr 6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 377719 9 - Validade da Carteira 30/12/2021 10 - Nome MURILLO HARTESKOFF MILITAO 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA RESENDE SILVA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 46289 18 - UF 41 19 - Código CBO 225112 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caráter Atendim. 1 22 - Data da Solicitação 23/06/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlre	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	23/06/2021	06:04:17	06:04:17	22	41001010 TC - Crânio ou sela túrcica ou orbitas	001		1,00		377.79	377.79

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

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

1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 377.79 60 - Total Taxas e Aluguel (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 377.79

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

Clinica Adventista
de Curitiba

1 - Registro ANS 0

9 - Número da Guia Principal

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Sessão

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MURILLO HARTESKOFF MILITAO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

59

14 - Nome do Contratado

ANA PAULA RESENDE SILVA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

46289

18 - UF

41

19 - Código CBO

225112

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Ana Paula Resende Silva

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANA PAULA RESENDE SILVA

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

23/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tipo Atendim.

2

25 - Código do Procedimento

41001010

26 - Descrição

TC - Cranio ou sala unicas ou outras

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

1

29 - Qtd. Aut.

1

30 - Qtd. Aut.

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Resacionada)

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 - Fat Red/Acresc

46 - Valor Unitário(R\$)

47 - Valor Total(R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cons 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 Responsável pela Autorização

59 - Observações / Justificativa

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total do OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)



1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

10/06/2021

5 - Senha

3427

6 - Data Validade da Senha

30/11/2022

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

3427

11 - Cartão Nacional de Saúde

3301703

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3301703

9 - Validade da Carteira

30/11/2022

10 - Nome

MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGU

11 - Cartão Nacional de Saúde

3301703

12 - Atendimento a RH

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUIZ MULLER AVILA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

29757

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

1

22 - Data da Solicitação

10/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

09/06/2021

37 - Hora Inicial

19:06:09

38 - Hora Final

19:06:09

39 - Tabela

40804089

40 - Procedimento

40804097

41 - Descrição

RX - Articulacao tibiofemoral (tornozelo)

42 - Qlde

001

43 - Via

001

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red/Acresc

1.00

46 - Valor Unitário (R\$)

38.36

47 - Valor Total (R\$)

40.18

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

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

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

78.54

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Material (R\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

78.54

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LIZINEIA.

Data/Hora: 20/07/2021 09:26:54

Conta/Lote: 1816411

Atendimento: 3372429

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1816411

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
3372429 / 1059878

4 - Data da Autorização

5 - Semá

6 - Data Validade da Semá

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3301703

9 - Validade da Carteira

30/11/2022

10 - Nome

MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGU

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUIZ MULLER AVILA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

29757

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

1

22 - Data da Solicitação

09/06/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

9

34 - Tipo de Consulta

9

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acrec.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 09/06/2021	19:06:09	19:06:09	22	40804089	RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	001		1.00		38.36	38.36
2 09/06/2021	19:06:09	19:06:09	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	001		1.00		40.18	40.18

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

1 - / /

2 - / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
78.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	78.54

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LUCINEIDE.

Data/Hora: 09/06/2021 19:07:03

Contat./ote: 1816411

Atendimento: 3372429

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1816411

1 / 1

Anexo

3372427

111

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

3362077/1066222

4 - Data da Autorização

5 - Semana

6 - Data Válidade da Semana

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3394

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome

HENRIQUE RODRIGO CARDOSO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

LETICIA GRAZIELLY WAGNER

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

36586

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

27/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLSolicit.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (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 - Data/Hora: 27/05/2021 11:18:18

70 - Conta/Lote: 1809467

71 - Atendimento: 3362077

72 - Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

73 - 1/1

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia Principal _____

4 - Data da Autorização _____ 5 - Sentença _____ 6 - Data de Validade da Sentença _____ 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador _____

8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____ 10 - Nome _____ 11 - Cartão Nacional de Saúde _____ 12 - Atendimento a RM _____

13 - Código na Operadora _____ 14 - Nome do Contratado _____

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento _____ 22 - Data da Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____

24 - Tabela _____ 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____ 26 - Descrição _____ 27 - Data Solic. _____ 28 - Data Aut. _____

1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____

29 - Código na Operadora _____ 30 - Nome do Contratado _____

Dados do Atendimento

31 - Tipo de Atendimento _____ 32 - Tipo de Atendimento (acidente ou doença relacionada) _____ 33 - Tipo de Consulta _____ 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____ 35 - Nome do Encerramento _____

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./Acrsc. _____ 46 - Valor Unitário (R\$) _____ 47 - Valor Total (R\$) _____

1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____

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 _____

1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____ 6 - _____ 7 - _____ 8 - _____ 9 - _____ 10 - _____

58 - Observação / Justificativa _____

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

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

Centro de Imagem			
Tomografia Computadorizada			
Prontuário:	216157	Pedido:	1063610
Paciente:	MURILO HARTESKOFF MILITAO		Atend.: 3382659
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	ANA PAULA RESENDE SILVA		Data Pedido: 23/06/2021 06:04:00
			Data Laudo: 23/06/2021 10:52:41

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

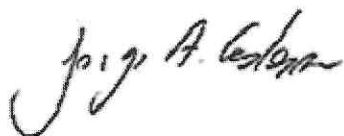
aumento de volume extra craniano frontal E

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

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais

*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

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário:	97981	Pedido:	1059978
Paciente:	MARIA CLARA FREITAS BATISTA NOGUEIRA		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		
Médico Solicitante:	LUIZ MULLER AVILA	Data Pedido:	09/06/2021 19:06:00
		Data Laudo:	10/06/2021 15:22:11

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

*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

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00097981

Nome Paciente: MARIA CLARA FREITAS BATISTA
Nome Mãe: JENNIFER SUELLEN FREITAS

Data Nasc: 09/02/2009
Nome Pai:

Idade: 12 Anos 4 Meses 0 Dia
Sexo: FEMININO
CNS do Paciente:

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 03372427

Medico(a): LUIZ MULLER AVILA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 09/06/2021 - 18:46

CRM: 29757
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 3301703

Responsável: JENNIFER SUELLEN FREITAS

Grau de Parentesco: MAE

Telefone: 41 33359922

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

MARIA CLARA, 12 ANOS
ACOMPANHADA PELA MAE

QUEIXA DE TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO HOJE

Exame Físico

DEAMBULANDO SEM APOIO
DOR EM REGIAO DE BASE DO 5MTT
SEM EDEMA
SEM EQUIMOSE
RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA OU LUXAÇÃO

Diagnóstico

ENTORSE DE TORNOZELO

Tratamento/Conduta

REPOUSO
AINE
ANALGESIA
CRIOTERAPIA
ORIENTO SOBRE O QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO NO PS SE NECESSARIO



Medico(a): LUIZ MULLER AVILA
CRM: 29757

Paciente 00097981



Atendimento 03372427



Documento C468-V1206



Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 561418 Pedido: 1056221

Paciente: HENRIQUE RODRIGO CARDOSO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER

Data Pedido: 27/05/2021 11:18:00

Data Laudo: 31/05/2021 09:18:28

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA:

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital*.

Estruturas ósseas sem alterações radiográficas.

Congruência articular mantida.

Superfícies e espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

*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.



ANDRE VAZ
CRM: 37658

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Rodrigo Cardoso

Nº da Carteira: 2.33.5230

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 30/04/2010

Nº da Guia: 3394

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2021	15:18:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava em sala de aula copiando matéria quando ele mesmo bateu a mão direita no dedo da mão esquerda causando o torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Micheli	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	26/05/2021

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

Observações

Ao chegar na sala de apoio foi passado gelo e colocado gelo no local o aluno permaneceu por um tempo e depois retornou para sala e os pais avisados.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara Freitas Batista Nogueira
Nº da Carteira: 3.30.1703
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 09/02/2009

Nº da Guia: 3427

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/06/2021	17:03:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna foi realizar um deslocamento de um lugar para outro e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Carine	42998270146

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edna Machado	09/06/2021

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

Observações

A família levará para realizar a avaliação.

Ass.:

Barbara Dalpico Balieiro Rodrigues

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Aluno: Murilo Harteskoff Militão
Nº da Carteira: 3.7.7719
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 27/02/2014

Nº da Guia: 3471

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2021	16:16:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo durante o intervalo e chocou-se com os colegas que estavam brincando e bateu a testa na pilastra levantando um "galo".

Testemunha da ocorrência

Telefone

Bruna

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Data

Munick (coordenadora)

22/06/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

Colocamos gelo no local e ligamos para mãe.

Ass.:

Munick Rodrigues

Munick Cruz
Coord. Disciplinar

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

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 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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br